

国民健康保険 療養費【装具】支給申請・請求書

令和 年 月 日

(あて先) 多良木町長 様

下記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請・請求します。

請求額	円
-----	---

住 所 _____

世帯主 氏 名 印 _____

電話番号 () 個人番号 _____

療養を受けた被保険者氏名			世帯主との続柄	被保険者番号	個人番号		
生年月日	昭・平・令 年 月 日						
傷病名	別紙「意見書」のとおり		発病の原因	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 不詳	<input type="checkbox"/> 第三者行為		
発病負傷年月日	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不詳		傷病の経過	<input type="checkbox"/> 入院加療中 <input type="checkbox"/> 通院加療中			
療養期間	装具装着日		療養の内容	装具装着			
療養を受けた医療機関等の名称及び所在地			別添「意見書」記載の医療機関				
療養の給付を受けることができなかった理由			装具装着のため				
被保険者負担率	<input type="checkbox"/> 3割		療養に要した費用 ①				円
	<input type="checkbox"/> 2割		①×被保険者負担率 ②				円
	<input type="checkbox"/> 1割		支給額 (①-②)				円
支払方法			<input type="checkbox"/> 口座振込	<input type="checkbox"/> 窓口払い			
金融機関名	銀行 ・ 信組 ・ 球磨地域農協			支店(所)	支店支所		
	ゆうちょ銀行 -						
口座番号	普通 ・ 当座			口座名義(カタカナ)			
証拠書類	<input type="checkbox"/> 意見書		<input type="checkbox"/> 装具装着証明書	<input type="checkbox"/> 領収書			
	<input type="checkbox"/> その他 ()						
委任欄	※世帯主と口座名義人が異なる場合に記入してください。 令和 年 月 日						
	私に支払われます療養費について、下記の者を代理人と定め、受領することを委任します。 (委任される者)						
	住所 _____						
	氏名 _____ 印 (続柄: _____)						