

国民健康保険 療養費【装具】支給申請・請求書

退職	高齢受給者証		
本人・扶養	1割	2割	3割

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"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 不詳	
発病負傷年月日	<input type="checkbox"/> H・R 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: _____)		