様式第１５号（第１８条関係）

国民健康保険療養費支給申請書（装具・診療費・海外療養費・特別療養費）

（　　　　　年　　　　月分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証  記号番号 | | |  | | | | | | 個人番号 | | | | | |  | | | | |
| 療養を受けた  者の氏名 | | |  | | | | | | | | 世帯主との続柄 | | | | | | |  | |
| 生年月日 | | | | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 被保険者区分 | | | 一　般　・　退　職　（本人　・　扶養　）・　未就学（　　　歳）  　65歳以上　・　70歳以上（現役・一般・Ⅱ・Ⅰ） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養内容 | | | 医科・歯科・調剤・柔道整復  補装具・生血・その他（　　　　） | | | | | | | 療養  期間 | | | 年　　月　　日から | | | | | | |
|
| 傷病名 | | |  | | | | | | | 年　　月　　日まで | | | | | | |
|
| 発病・負傷年月日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | □　入　　院　　　□　外　　来 | | | | | | | | | |
| 発病の原因 | | | □第三者行為による  □その他（　　　　　） | | | | | 傷病の  経過 | |  | | | | | | | | | |
| 診療薬剤の支給又は手当を受けた病院，診療所，薬局その他の者の名称及び所在地等 | | | | 名　　　称 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 所　在　地 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 療養を受けることができなかった理由 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 療養に要した費用の額 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | 円 |
| 医師意見欄 | 傷　病　名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 義肢装具士に指示した治療用装具の名称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 治療用装具の装着が  必要とする意見等 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地・名称及び医師の氏名(意見をもらった医師の認印が必要) | | | | | 上記のとおり，治療用装具の装着を必要と認めた。  　　年　　月　　日  　　　　　住所  医　師　　名称  　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | |
| 装具採寸・採型年月日 | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | 入院　・　外来 | | | | | |
| 装具装着(適合)確認年月日 | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |  | | | | | |
| 振込口座 | | 銀行　　農協　　　　　　　　　　　本店  　　　　　　　　　信金　　信組　　　　　　　　　　　支店 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 普通・当座 | | | 口座番号 | |  | | | | | フリガナ | | | | |  | | |
| 名義人 | | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 上記のとおり，関係書類を添えて申請します。 | | | | | | | | |  | |
|  |  | |  | | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 大崎市長　様 | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  | |  | | |  | | |
| 申請人　　住所  (世帯主)　氏名  個人番号  電話　　(　　) | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | |  | | |  |
| 保険者処理欄 | | 支給年月日 | | | | 費用額 | | | 一部負担額 | | | 支給決定額 |
| 年　　月　　日 | | | | 円 | | | 円 | | | 円 |