

( 年 月分)

被保険者記号番号	み大崎 A		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	
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		<input type="checkbox"/> 入 院 <input type="checkbox"/> 外 来		
発病の原因	<input type="checkbox"/> 第三者行為による		傷病の 経過		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
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		

☐ 世帯主の公金受取口座を利用します。  
※マイナポータルで公金受取口座の登録を済まされた方が利用できます。

振 込 口 座	銀行 信金 農協 信組		本店 支店	普通 当座	口座 番号	
	フリガナ	(受領を委任する場合) 左記口座名義人に支給額の受領を委任します。 世帯主氏名				
	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	被保険者区分	未就学 ( 歳 ) ・ 65 歳以上 ・ 70 歳以上 (現役・一般・Ⅱ・Ⅰ)			
	支給年月日	費用額	一部負担額	支給決定額	
	年 月 日	円	円	円	