

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 <input type="checkbox"/> 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つた理由								
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 医 師 住 所 名 称 氏 名 (印)					
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					
<input type="checkbox"/> 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し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
	年 月 日		円	円