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 | □　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 |  |
| □　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 |

R6.4～