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～