|  |
| --- |
| 国民健康保険 療養費支給 申請書 |
| 記号・番号 | 島60 - | 療養を受けた被保険者の氏名及び個人番号 | （　一 般　・　退 職　） |
| 傷病名 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 療養期間 | 令和　　年　　月　　日から年　　月　　日まで日　間 |
| 発病又は負傷年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 診療、薬剤の支給又は受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地 |  |
| 診療又は調剤に従事した医師歯科医師又は薬剤師の氏名 |  |
| 療養の給付を受けることができなかった理由 | 補装具作製に伴い、立て替え払いとしたため | 傷病の原因 |  | 療養に要した費用の額 |
| 傷病の経過 |  | 円 |
| 療養内容 | 補装具による患部の保護 |
| 医　師　意　見　欄 | 傷病名 |  |
| 補装具装用についての意見 |  |
| 補装具の装着日　　令和　　年　　月　　日 | その他　　入院 ・ 外来 |
| 令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　住所医師　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 払渡希望金融機関名 | 銀行信金農協 | 口座番号種　　類 |  | 口座名義人 | （ふりがな） |
| 支店支所 | 普通・当座 |  |
| 　上記のとおり、療養に要した費用の額に関する証拠書類を添えて申請します。　　令和　　年　　月　　日住　所世帯主氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　―　　　　　－　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　世帯主の個人番号　西郷村長　　　　　様 |

様式第７号

**補装具申請用**