|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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**