

国民健康保険 療養費 支給申請書

(補装具)

下記のとおり療養に要した費用を申請します。

申請者 (世帯主) 住所 _____
氏名 _____ 個人番号 _____
電話番号 _____
弘前市長 様

被保険者 記号・番号	弘前	世帯主名							
診療を 受けた人	氏名			個人番号					
	診療年月	令和 年 月	療養 期間	自 至	令和 年 月 日	診療 日数	日		
	傷病の原因	病気・その他 ()							
	受診した 医療機関	名称				診療科	-		
		所在地				医師名	-		
	受診状態	外来							
	費用額	円	交通事故等の第三者行為	有 ・ 無					
療養費の 種別	補装具								
療養の給付を 受けることが できなかった 理由	装具装着のため (上肢・下肢・体幹・靴型・ 小児弱視・弾性着衣・その他)								
受取 口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する。 ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。 <input checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定する。								
振込	振込先	コード	名称	(フリガナ)					
	金融機関		銀行 信用金庫 協同組合	口座名義人					
	支店		本店 支店 出張所	口座番号					
	口座種別	普通							
点数	医科・歯科・調剤・訪看・柔整	総医療費	円	支給額		円			
負担率	2割 ・ 3割	一部負担額	円						

受付印