

国民健康保険療養費支給申請書 補装具

被保険者証記号番号		(一般・退本・退扶)	
被保険者氏名			生年月日 昭・平・令 年 月 日
傷病名			第三者行為によるものですか 1 はい 2 いいえ ※ 該当する番号を○で囲んでください
採寸日 (装着指示日)	令和 年 月 日		
診察及び治療用装具の装着を指示した医療機関の所在地及び名称			
診察に従事した医師の氏名			
療養の給付を受けることができなかつた理由 (国民健康保険被保険者証を使用できなかった理由)	現金給付		
振 込 先	銀 行	本店	口座番号
	信用金庫	支店	普・当
	農 協	本店	口座名義人(カタカナ)
	漁 協	支店	
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 令和 年 月 日 世帯主 住所 伊東市 <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin: 0 auto;"> 氏名 印 </div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">電話</div> 伊東市長 様			
費用額	一部負担金	(割) 支給額	
円	円	円	