

見本

療養費支給申請書

補装具

( 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	発症又は負傷の原因	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	
療養を受けた方の氏名、生年月日の記入をお願いします。		年 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	この項目は、交通事故など誰かの行為により怪我等を負い、その治療のために医療機関にかかったかどうかを確認します。 通常の病気や怪我の場合は、「いいえ」をチェックしてください。		
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った理由(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 営業部	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			
氏名		印	
電話			
伊東市長 様			
世帯主の住所、氏名、捺印、 日中連絡の取れる電話番号をお願いします。		( 割) 支給額	
		円	