

国民健康保険療養費支給申請書（治療用装具用）

被保険者証 の記号番号	み涌	治療用装具を装着した被保険者名		世帯主 との 続柄		
	A					
		個人番号				
傷病名		治療用装具の 装着年月日	平成	年	月	日
治療用装具 の名称等	(名称) (基本構造) (付属品)					
治療用装具の 装着を必要と する意見						
上記のとおり治療用装具の装着を必要と認めた。						
平成 年 月 日						
保険医療取扱機関		住所				
保 険 医		氏 名		印		
購入価格	円	支給申請書	円			
第三者行為	有 無					

上記のとおり領収書を添付のうえ申請します。

平成 年 月 日

世帯主 住所 涌谷町

氏 名

印

TEL

(保険者) 涌谷町長 殿

個人番号

振込希望の銀行名等（世帯主名義）

銀行名等	銀行 信用組 農 協	本・支店 本・支所	口座の種類	当座・普通
口座番号		㊦ガナ	口座名義人	
支給決定額	円			

※添付書類 装具の領収書（原本）