国民健康保険療養費支給申請書（補装具用）

令和　　年　　月　　日

（宛先）旭川市長

申請人（世帯主）
住　所
氏　名
電話番号（　　）　　－
個人番号　　－　　－

国民健康保険法施行規則第27条に定める療養費の支給を申請します。

①～⑧までの太枠部分を記入してください。

一般・退職本人・退職扶養・前高2・前高3・未就学児

① 被保険者記号・番号	旭		令和		年	月診療分
② 患者名	氏名		個人番号			
	生年月日	昭 平 令　年　月　日	世帯主との続柄			
③ 補装具装着年月日	別紙診断書に基づく補装具の作製であるため		補装具（コルセット等）装着日　令和　年　月　日			
④ 治療又は補装具の内容						
⑤ 治療又は補装具の支給を受けた	病院等の所在地					
	病院等の名称					
	補装具製作所名					

⑥ 治療又は補装具を受けた期間 令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　　日間	⑦ 治療又は補装具に要した金額 円

⑧ 療養費支給金額の受取方法	1 総合庁舎窓口20番で受け取る。	銀行・信用組合 信用金庫・農協	本店・本所 支店・支所	
	2 世帯主の金融機関の預金口座へ振り込む。	口座番号		
		種類	1 普通　2 当座　3 組勘　4 貯蓄　5 その他	

費用額	円	保険者負担額	円
一部負担の額	円	支給決定額	円
医療機関コード		金融機関コード	

※ 次の書類を添えて申請してください。

① 医師等の診断書（証明書等）

② 補装具を支払ったことを確認する書類（領収書又は領収証明書等）

③ 靴型装具に限り、実際に作成した装具の写真（患者が着用している状態のもの）