

国民健康保険療養費（装具、診療費、海外療養費）、特別療養費支給申請書

（ 年 月分）

被保険者証記号番号			個人番号	
療養を受けた者の氏名			世帯主との続柄	
			生年月日	年 月 日
被 保 険 者 区 分	一 般 ・ 退 職 （本人 ・ 扶 養 ） ・ 未 就 学 （ 歳） 6 5 歳 以 上 ・ 7 0 歳 以 上 （現 役 ・ 一 般 ・ II ・ I）			
療 養 内 容	医科・歯科・調剤・柔道整復 補装具・生血・その他（ ）		療養 期間	年 月 日 から
傷 病 名				年 月 日 まで
発病・負傷年月日	年 月 日		<input type="checkbox"/> 入 院	<input type="checkbox"/> 外 来
発 病 の 原 因	<input type="checkbox"/> 第三者行為による		傷病の 経過	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）			
診療薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地等	名 称			
	所 在 地			
療養を受けることができなかった理由				
療養に要した費用の額		円		
医師意見欄	傷 病 名			
	治療用装具の装着が必要とする意見等			
	所在地・名称及び医師の氏名（意見をもらった医師の認印が必要）		上記のとおり、治療用装具の装着を必要と認めた。 年 月 日 医 師 住 所 名 称 氏 名 ⑩	
振込み希望の金融機関等（※世帯主に限ります。）			口座種別	普通預金・当座預金
金融機関名	銀 行 農 協 信用金庫 信用組合	本 店 支 店 出張所	口座番号	
			(フリガナ) 名義人	

上記のとおり申請します。

年 月 日

美里町長 殿

申請人（世帯主）

住 所
氏 名
個人番号
電話番号

⑩

保険者処理欄

支給年月日	費用額	一部負担額	支給決定額
年 月 日	円	円	円