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	み柴　　A	一般・退職の区分	一 般　・　退 職
被保険者氏　　名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日生
個人番号		入院・外来の区分	入 院　・　外 来
傷　病　名		治療用装具の装着年月日	平成　　年　　月　　日
費　用　額	一 金　　円 也		
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る。

平成　　年　　月　　日

療養取扱機関名

医師氏名　　印

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

申請者(世帯主)　住　　所

氏　　名　　印

個人番号

電話番号

代理人　住　　所

氏　　名　　印

電話番号

柴 田 町 長　殿

振込先	銀行 金庫 農協　　支店	口座番号	普 貯 当	名義人	