

富士市国民健康保険
治療用装具療養費支給申請書

令和 年 月 日

富士市長

世帯主	住所	富士市		
	氏名		電話	
申請に来た人	住所			
	氏名		電話	
	個人番号			
	世帯主との関係	①本人 ②家族() ③その他()		

療養費の支給を受けたいので、申請いたします。

療養を受けた者	被保険者番号		資格	一般・退職本人・退職被扶養	
	フリガナ		区分	I. 就学前 II. 就学児～64歳	
	氏名			III. 65～69歳 IV. 70～74歳(割)	
	個人番号		療養内容	2. 治療用装具	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日			
	性別・続柄	男・女 続柄:			
傷病名	医師の意見書参照		医療機関コード		
発病又は負傷年月日	平成・令和 年 月 日		所在地		
傷病の原因及び経過	医師の意見書参照		名称		
療養の給付を受けることができなかった理由	治療用装具製作所が保険契約をしていないため		診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名		
			療養期間及び日数	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間

振込先	金融機関コード		審査決定点数及び金額	点
	金融機関名	銀行 金庫 農協 支店	(上限:)	円)
	口座番号(右つめ)		療養に要した費用(領収書)	円
	口座名義人(世帯主)	カタカナ	本人負担額(一部負担金)	割 円
			支給決定額	円 【うち 国保負担: 円】 【 指定公費: 円】
	注) 世帯主以外の口座は委任状添付		支給決定日	令和 年 月 日

受付者	保険税照合 完・未⇒[充当]有・無	第三者行為 非該当 <input type="checkbox"/>	充当入力 <input type="checkbox"/>	過去の支給履歴 <input type="checkbox"/>
-----	-------------------	------------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

※ 国保税が未納の方については、支給額の全部または一部が国保税に充当されることもあります。