

# 国民健康保険療養費支給申請書（補装具用）

(注) 過去に作成した同一補装具の耐用年数が経過していない場合、審査の結果、療養費給付を受けられないことがあります。

被保険者記号番号	資格(受診月時点)		一般(2割)・一般(3割)・期間外	
	区分(受診月時点)		就学前・就学後～69歳・70歳以上	
療養を受けた被保険者	氏名			
	生年月日		西暦・昭和・平成・令和 年 月 日	
	世帯主との続柄		本人・配偶者・その他 ( )	
	個人番号		※マイナンバーをご記入ください	
診療等を受けた 保険医療機関	(病院名)			
	(所在地)			
	(担当医師等の氏名) <input type="checkbox"/> 治療用装具製作指示装着証明書記載のとおり			
療養給付を受けることが できなかった理由	<input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具作成 (靴型・短下肢・弾性装具(弾性ストッキング等)・その他)※1			
	※1 靴型・短下肢は写真を添付、 弾性装具は納品書を添付		装具名称/耐用年数	
		装具種別		オーダー・既製品 / 新規・修理
療養に要した費用 (支払った金額)		給付額 (□給付上限額該当)		円
傷病名 (疾病名)		発病・負傷年月日 (不明時は装着指示日)		令和 年 月 日
傷病の原因		療養内容 (診療内容)		<input type="checkbox"/> 入院 ・ <input type="checkbox"/> 外来
療養期間※2 (装着確認日～)		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		傷病の経過※2
		※2 治療用装具製作指示装着証明書で概要がわかる場合は該当欄の記載を省略できます。		
振込先	<input type="checkbox"/> 福岡銀行 ( 支店 )		※その他の金融機関	
	<input type="checkbox"/> 宗像農協 ( 支店 )		銀行・信用金庫	
	<input type="checkbox"/> 西日本シティ銀行 ( 支店 )		農協・労働金庫 支店	
	★世帯主以外の口座に振り込む場合は委任状が必要です。		( )	
口座名義 (世帯主・かた)		種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号
上記のとおり診療に要した費用に関する別紙書類を添えて申請します。 ※口座番号は左詰めでご記入ください。				
福津市長 宛 令和 年 月 日				
申請者 住所 福津市				
(世帯主) 世帯主氏名				
個人番号				
来庁者氏名 <input type="checkbox"/> 世帯主本人来庁のため記載省略				
連絡先(電話番号) - -				

- 保険税滞納なし  公費医療  
 見積書・領収書返却  
 写真添付(靴型・短下肢装具のみ)

基幹系S	Excel	国保連S	窓口受付