

国民健康保険 療 養 費 支給申請書
(補 装 具)

受付印

弘 前 市 長 殿

個 人 番 号									

住 所

世帯主氏名

電話

被保険者証 記号・番号	弘前	診 療 月	令和 年 月
----------------	----	-------	--------

療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名			
国 保 種 別		氏 名	
診 療 ・ 薬 剤 の 支 給 又 は 手 当 を 受 け た 病 院			
名 称			支 払 額
所 在 地			円
医 師・傷病名	別添 レセプト 診断書 証明書 のとおり		
療 養 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (日間)		

◎ 療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由

- 装 具 装 着 の た め (上 肢 ・ 下 肢 ・ 体 幹 ・ 靴 型 ・ 股 脱 ・ 股 修 ・ そ の 他)
- 療 養 の 給 付 外 の た め

◎ 傷 病 原 因 (事 故 ・ 病 気 ・ そ の 他 ())

支払方法	口座振替	口座名義人					
		金融機関コード		預金種別	普通	口座番号	
		銀行名				支店名	
	窓口払い	受取場所					
備考							