

様式第15号の2(第29条関係)

不支給	支給					
(事由)	審査決定額	療養の給付に要する費用	他法負担分	一部負担金	支給決定額	決定番号
	点	円	円	円	円	号

国民健康保険療養費支給申請書(治療用装具)

装具に係る領収書1枚ごとに作成してください。

被 保 険 者 の 記 入 欄	療養を受けた被保険者	記号	土浦	番号	(枝番)	給付割合	8割・7割
		氏名	生年月日		年	月	日
	資格区分	1 一般(本人) 2 一般(家族) 3 一般(義務教育就学前) 4 一般(高齢受給者) 5 退職(本人) 6 退職(被扶養者) 7 退職(義務教育就学前) 8 退職(高齢受給者)				医療福祉費該当の有無	有・無
	傷病名	発病・負傷の原因					
	発病・負傷の年月日	年 月 日 (負傷の場合は 時頃)		負傷の経過			
	診療を受けた病(医)院の	名称	所在地		住所		
	診療に従事した医師の	氏名	住所				
	治療用装具製作に要した費用の額	金 円也					
	第三者行為該当の有無	有・無	その事実の届出の有無	有・無	第三者の住所氏名(不明のときはその旨)		

担 当 医 師 の 意 見 欄	傷病名	患者名	
	診療開始年月日	年 月 日	治療用装具の名称・形式
	治療用装具の意見	装具作成指示日(処方日)	年 月 日 入外区分 入院・入院外
	この者に対し、上記の治療用装具の装着を指示したことを認めます。 証明日 年 月 日 保険医療機関名 所在地 担当医師の氏名		

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

申請者(世帯主) 住 所  
氏 名  
(申請先) 土浦市長 個人番号  
電話番号