

支 給	決定番号	第 号
	① 審査決定額	円
	療養の給付に要する費用	円
	③ 一部負担金 ①-②	円
	他法負担金	円
	② 支給決定額	円
	① × %	
不支給事由		

国民健康保険療養費支給申請書（治療用装具）						
被 保 険 者 の 記 入 欄	被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	2 ヒ	国保整 理番号	資 格 区 分	一般	
	療養を受け た被保険者	氏名				
		生年 月日	年 月 日	世帯主との 続柄		
	傷 病 名		発病又は 負傷年月日	年 月 日		
	発 病 又 は 負傷の原因			第三者行為によるものですか	はい・いいえ	
				業務によるものですか	はい・いいえ	
	診療を受けた 病院等の名称		診療に従事し た医師の氏名			
	病院等の住所				入院・外来	
治療用装具製作に 要した費用の額					円	
医 師 の 意 見 欄	傷病名		患 者 名		診 療 開 始 年 月 日	
	治療用装具の装着 を必要とする場合 には、その名称及び 意見	装具の名称 意見				
		装具作成指示日		年 月 日	採寸・採型日	年 月 日
年 月 日		住所	医師 氏名			
<p>上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>日立市長 殿</p> <p>申請者(世帯主) 住所.....</p> <p>氏名.....</p> <p>電話番号.....</p>						

\* 「第三者行為によるものですか」 はいの場合、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。  
 \* 「業務によるものですか」 はいの場合、勤務先の労災保険に申請してください。