

## 様式9号の2

支 給	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(①× %)	円
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 記 号 ・ 番 号	2ヒ	国保整 理番号	資 格 区	一 般	
被 保 險 者 の 記 入 欄	療養を受けた被保険者 氏名				
	生年 月日	年 月 日 (歳)	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 業務によるものですか	はい・いいえ 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			
		住所 年 月 日	医師 氏名		

上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。

令和 年 月 日  
日立市長 殿

申請者(世帯主) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

振込先 (世帯主名義)	金融機関名						支店名		預金 種類	普通・当座
	口座 番号								口座名義人(カタカナ)	
委任欄	上記の給付金受領に関する一切の権限を代理人に委任します。 年 月 日									
	委任者 氏名	住所 氏名	(印)						代理 人 氏名	住所 氏名

※世帯主以外の口座に振込みを希望する場合のみ、委任欄に記入してください。

\* 「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。