

決定金額		負担金		給定額	
------	--	-----	--	-----	--

## 富山県国民健康保険療養費支給申請書（補装具のみ）

被保険者		区分		療養を受けた 2. 被保険者の 氏名・生年月日		世帯主 との 続柄	
1. 証の記号 番号				個人番号			
3. 傷病名					診療薬剤の 支給又は手 当の内容	一般（入院・入院外・歯科） 装具コルセット その他（ ）	
4. 療所、薬局等の名称 及び所在地	療養を受けた病院診						
5. 診療又は調剤に従事した医 師歯科医師又は薬剤師の氏名							
6. 4. の病院等で療養を 受けた期間					7. 診療の給 付を受け ることが できなかった 理由		
8. 発病の 原因 傷病の 経過 療養 内容	9. 療養に要した額			円			
	10. 申請額			円			
	11. 以前に装具の着用 申請した年月日			年 月 日			
12.	金融機関名	農協 銀行 金庫			本店 支店 出張所	口座 確認 印	
	預金の種類	1 普通預金      2 当座預金      3 その他（ ）					
	口座番号						
	ふりがな						
	口座名義人						
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。					1. 療養費支給申請書 2. 装具装着証明書 3. 保険証（国保） 4. 領収書 5. 通帳 6. （個人番号）通知カード または個人番号カード 以上の物を持参してください。		
年 月 日  住所 小矢部市  世帯主 氏名  氏名  届出者 氏名  電話 — —					本人確認		
(あて先) 小矢部市長					<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他（ ）		