支　給　決　定　伺			
課長	補佐	係長	係

国民健康保険療養費支給申請書（治療用装具用）

記号番号	み気　A		一般・退職（本人・扶養）・乳幼児	入院・入院外
傷病名及びその原因			療養を受けた被保険者の氏名	
			生年月日	年　月　日生（　歳）
発病または負傷の年月日	年　月　日		療養期間	年　月　日から 年　月　日まで 日間
治療用装具の名称等	名称		治療用装具の装着年月日	年　月　日
	基本構造			
	部品			
治療用装具の装着を必要とする意見				

上記のとおり治療用装具の装着を必要と認める。

年　月　日

療養取扱医療機関　住　所

名　称

担当医師氏名　　㊞

（署名の場合は印不要）

購入価格	円	支給決定額	円

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

気仙沼市長あて　住　所

世帯主

氏　名

電　話　（　）

上記支給額については，下記の預金口座に振り込んでください

銀行・支店名	預金種目	口座番号	口座名義人（フリガナ）
	普・当		

※ 第三者行為の有無　有・無

個人番号	世帯主											
	療養を受けた者											