

決 裁	課長	課長補佐	係長	主任	支給	決定番号	第 号
						審査決定点数	点
						療養の給付に要する費用	円
						他法負担分	円
	年 月 日					一部負担額(うち薬剤一部負担金)	( 円)
	右のとおり決定してよろしいか。				支給決定額	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 の 記 入 欄	被保険者証	記号		番号	
	療養を受けた被保険者	個人番号			
		氏名		生年月日	年 月 日
	傷病名		発病又は負傷の年月日	年 月 日 (負傷の場合は 時頃)	
	発病又は負傷の原因		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		
第三者の行為によって負傷したものであるか否か	あ	第三者の行為によって負傷したときは	その事実の届出の有無		
	な		第三者の氏名と住所(不明のときはその旨)		
担 当 医 師 の 欄	傷病名		患者名		診療開始年月日
	治療用装具の名称と意見		治療用装具の名称 意見		
	年 月 日	医師の	住所	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					
世帯主 住所					
氏名 Ⓜ					
河内町長 様 電話番号					

処理区分	台帳	通知	支給		療養費審査委員会 処 理	審査月	整理番号	審査済印

様式第 26 号 (第 37 条関係)

国民健康保険療養費請求書

一金

円也

決定通知番号	第 号	療養費の種類	医科診療費、歯科診療費、調剤費、治療用装具、「はり」、「きゅう」、「あんま」、マッサージ」施術費		
被保険者証	記号番号	氏名		金額	円
決定通知番号	第 号	療養費の種類	医科診療費、歯科診療費、調剤費、治療用装具、「はり」、「きゅう」、「あんま」、マッサージ」施術費		
被保険者証	記号番号	氏名		金額	円
備考					

上記金額を請求いたします。

年 月 日

世帯主 住所

氏名

印

河内町長 様

振込先	金融機関名			支店名					
	預金種別	普通・当座	口座番号						
	フリガナ 口座名義人								

委任状

代理人 住所

氏名

本請求に基づく金額の受領に関する一切の権限を上記の者に委任します。

年 月 日

世帯主 住所

氏名

印

※口座名義人と世帯主が異なる場合は委任状覽に記入してください。