

受付年月日	受付者印
年 月 日	

国民健康保険療養費支給申請書（治療用装具用）

被保険者 記号番号	み登米 A	療養を受けた 被保険者氏名					世帯主 との 続 柄					
被保険者の区分	一般 ・ 乳幼児 前期高齢（70歳以上）	個人番号										
		生年月日	年 月 日									
		療養の期間	年 月 日から 年 月 日まで									
発病・負傷 年 月 日	年 月 日	(必須) 採寸・採型日	年 月 日				入院 ・ 外来					

(必須) (医療機関発行の診断書等の添付でも可)	傷 病 名										
	装 具 の 名 称										
	製作等を指示した 装具士の氏名										
	治 療 用 装 具 の 装 着 を 必 要 と す る 意 見										
	上記のとおり相違ありません。 年 月 日 医療機関の所在地 及び名称 医師氏名										

☐ 公金受取口座を利用する（利用する方は口座情報の記入不要）
※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。

☐ 振込口座を指定する													
口座振替 依頼欄	銀行 信金 農協 労金 信組				本店 支店 出張所		種 目		口 座 番 号				
							1 普 通						
	金融機関コード				支店コード		2 当 座						
							3 その他 ()						
	フリガナ												
口座名義人													

上記のとおり医療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

住所 登米市

世帯主 氏名

(あて先) 個人番号

登米市長 電話番号 (- -)

※ 以下、市記入欄

支 給 金 額 (決 定)	購入価格 (円) × = 円
--------------------	------------------