

一般	重度障害者・ひとり親・乳幼児	高齢2割・3割 ・就学前2割
----	----------------	-------------------

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の記号番号	豊能国	療養被保険者氏名	年 月 日生
傷病名		世帯主との続柄	男・女
発病・負傷年 月 日	年 月 日	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
		入外区分	入院・外来

診療薬剤の支給又は手当を受けた病院診療所薬局その他の者の名称及び所在地	(名称) (所在地)
-------------------------------------	---------------

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	(氏名)
----------------------------	------

療養の給付を受けることができなかった理由	発病の原因	療養に要した費用 円
	傷病の経過	
	療養内容	

発症又は負傷の理由 1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）

算定基礎	支給決定額 円
------	------------

振込先	銀行 信用金庫 農協	支店	普通貯蓄預金 当座	口座番号	
金融機関・支店コード				(カタカナで記入のこと) 口座名義	

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

住 所 大阪府豊能郡豊能町

世帯主氏名 ㊟

電 話 () -

豊能町長様

委任状（世帯主名義以外の口座に振り込む場合に記入してください）

口座名義人を代理人と定め、受領に関する権限を委任します。

年 月 日

住 所 大阪府豊能郡豊能町

世帯主氏名 ㊟

- * 補装具の申請に必要なもの
- ・補装具を必要とした医師の指示書又は意見書及び装具装着証明書
 - ・領収書及び明細書
 - ・装具の写真（靴型装具の申請のみ）
 - ・印鑑
 - ・保険証
 - ・振込先のわかるもの

- * 医療費の立替えを行った時に必要なもの
- ・診療報酬明細書（レセプト）
医療機関で交付を受けてください
 - ・領収書
 - ・印鑑
 - ・保険証
 - ・振込先のわかるもの