

様式 9 号の 2

支 給	① 審査決定額	円
	療養の給付に要する費用	円
	③ 一部負担金 ①-②	円
	他法負担金	円
	② 支給決定額(①× %)	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 記 号 ・ 番 号	2ヒ			国保整 理番号			資 格 区 分	一般	
	療養を受け た被保険者	氏名								
		生年 月日	年	月	日	(歳)	世帯主との 続柄			
	傷 病 名				発病又は 負傷年月日	年 月 日				
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因				第三者行為によるものですか		はい・いいえ			
					業務によるものですか		はい・いいえ			
	診 療 を 受 け た 病 院 等 の 名 称				診 療 に 従 事 し た 医 師 の 氏 名					
	病 院 等 の 住 所								入院・外来	
治療用装具製作に 要した費用の額	円									
医 師 の 意 見 欄	傷病名				患 者 名			診 療 開 始 年 月 日		
	治療用装具の装着 を必要とする場合 には、その名称及び 意見	装具の名称 意見 装具作成指示日 年 月 日 採寸・採型日 年 月 日								
	年 月 日		住 所		医 師		氏 名			
上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。										
令和 年 月 日 日立市長 殿 申請者(世帯主) 住所..... 氏名..... 個人番号..... 電話番号 ().....										
振 込 先 (世帯主名義)	金融機関名				支店名			預金 種類	普通・当座	
	口座 番号						口座名義人(カタカナ)			
委 任 欄	上記の給付金受領に関する一切の権限を代理人に委任します。									
	年 月 日									
	委 任 者	住 所				代 理 人	住 所			
	氏 名				印	氏 名				

※世帯主以外の口座に振込みを希望する場合のみ、委任欄に記入してください。

* 「第三者行為によるものですか」 はいの場合、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。

* 「業務によるものですか」 はいの場合、勤務先の労災保険に申請してください。