

承 認	不承認	健康 推進課	課 長	課長補佐	係 長	係
支 給 額						
円						

国民健康保険療養費支給申請書(治療用装具用)

被保険者証 記号番号	み白										一般・退職					
療養を受けた 被保険者氏名											生年 月日	年 月 日				
個人番号																
傷病名											治療用装具の 装着年月日		年 月 日			
治療用装具の 名称等	(名称) (基本構造) (附属品)															
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た。											採寸・採型日		年 月 日			
年 月 日																
療養取扱機関名																
国民健康保険医氏名																
⑩																
購入価格		円														

上記のとおり領収書を添えて申請致します。

年 月 日

(あて先) 白石市長

世帯主 住 所 白石市

氏 名

⑩

個人番号															
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号

支払区分				1. 口座振替		2. 窓口支払		備考		
振込口座			銀行			本店				
			金庫			支店				
			農協							
	種別	普通・当座	口座番号							
	フリガナ									
	名義人(世帯主)									