

療養費支給申請書（補装具）

理事長	専務理事	事務長	課長	係

療養を受けた者	(フリガナ)					保険者番号	0	0	4	0	3	0	2	2	
	氏名					記号・番号									
						個人番号									
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	1. 男・2. 女	世帯主との続柄							
	診療年月	令和	年	月		診療日数	日	第三者行為 (交通事故・傷害等)			1. 有・2. 無				
	入院・外来	1. 入院 ・ 2. 外来				療養期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日
保険種別	国保・退職（本人/家族） 給付割合（ 7・8・9 ）				入外区分	1. 本入・2. 本外・3. 六入・4. 六外・5. 家入 6. 家外 7. 高入一・8. 高外一・9. 高入七・0. 高外七									

種類	1. 医科 ・ 2. 歯科 ・ 3. 調剤 ・ 4. 柔整 ・ ⑤ 補装具 ・ 6. 海外療養費 7. あん摩マッサージ ・ 8. はりきゅう ・ 9. 移送費 ・ 10. 生血																
傷病名																	
診療を受けた医療機関等の所在地																	
診療を受けた医療機関等の名称											機関コード						
支給申請の理由																	
発病又は負傷の理由																	

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 共同組合				本店(所) 支店(所)		預金種別	1. 普通 2. 当座 3. その他 ()					
口座番号					金融機関コード			支店コード					
口座名義人(カタカナ) ※													

※口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点、半濁点は1文字とし、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり、療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

(宛先) 福岡県歯科医師国保組合理事長 殿 年 月 日

〒 -

申請者 住所 _____
(世帯主)

氏名 _____ 印 連絡先 _____

個人番号 _____

※処理欄

療養費に要した費用額						食事回数					
審査認定額						療養に要した費用額					
一部負担金						食事標準負担額					
支給金額											