

【記入例（治療用装具・弾性着衣）】

第15号様式（第19条関係）

国民健康保険療養費支給申請書														
記号	123			番号	4567			療養を受けた 被保険者氏名	草加 花子					
個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2		
傷病名	(例)両外反扁平足							発病・	日					
療養期間	令和 7 年 1 月 1 日 から 年 月 日まで 日間													
【コルセットなどを作ったとき】 診察を受けた日（※装着確認日ではありません） 【弾性着衣を作ったとき】 装着指示書の診断名 を記入してください。														
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師、薬剤師の氏名														
名称 国保整形外科医院														
所在地 埼玉県草加市中央1-1-8														
国保 太郎														
療養の給付又は特定療養費の支給を受けることができなかった理由	1 資格確認書等を持参しなかったため 2 保険加入の手続きが遅れたため 3 海外で治療を受けたため 4 補装具を作成したため 5 その他 ()													
第三者の行為による負傷等	該 当 ・ 非 該 当													
療養につき算定した費用の額	円													
振込先	金融機関名	国保 草加 支店(店番 101)												
	口座番号	普通 当座 貯蓄	1234567			フリガナ	草加 太郎							
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														
令和 7 年 5 月 1 日 340-8550 〒 住 所 埼玉県草加市高砂1-1-1 世帯主 氏 名 草加 太郎 個人番号 987654321098 電話・FAX (048) 922 - 1593														
世帯主様の情報を記入してください。														
草加市長 宛て														
審査決定点数	点													
療養の給付をした場合に要する額	草 加 市 処 理 欄 ※何も記入しないでください。													
一部負担金	装具 柔整 鍼灸 按摩													
差引支給額	円 入院 外来 高齢 割 ・ 未就学													

※氏名を署名した場合は、押印を省略することができます。