

未就学児 国民健康保険療養費支給申請書

(コルセット・診療費・資格者証)

|                            |  |   |  |  |  |  |   |   |    |  |
|----------------------------|--|---|--|--|--|--|---|---|----|--|
| 被保険者証の記号番号                 |  | 療養を受けた被保険者氏名  |  |  |  | 世帯主との続柄  |   |   |    |  |
| ふじおか                       |  |   |  |  |  | 生年月日   |   |   |    |  |
|                            |  |   |  |  |  | 平成・令和  | 年 | 月 | 日生 |  |
| 療養を受けた被保険者の個人番号            |  |   |  |  |  |  |   |   |    |  |
| 傷病名                        |  |   |  |  |  |  |   |   |    |  |
| 診療、薬剤の支給または、手当を受けた医療機関等の名称 |  |   |  |  |  |  |   |   |    |  |
| 療養の給付を受けることができなかった理由       |  | <input type="checkbox"/> コルセット（装具） <input type="checkbox"/> その他 |  |  |  | 理由   |   |   |    |  |
| 療養に要した費用                   |  |   |  |  |  |  |   |   |    |  |
| 支給申請額                      |  |   |  |  |  |  |   |   |    |  |
| チェック                       |  | 福祉医療（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）    |  |  |  | 第三者行為（ <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当） |   |   |    |  |
| 備考                         |  |   |  |  |  |  |   |   |    |  |

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

電話番号

世帯主住所 藤岡市

氏名

印

世帯主の個人番号

窓口に来た人 氏名

(世帯主本人の場合は不要)

受付者