

様式第 1 4 の 2 （第 2 9 条関係）

歳／マルフク（幼児）  
前期高齢／未就学  
高齢 割（上位・一般・低 ）  
宛名番号

国民健康保険療養費支給申請書（治療用装具）

被保険者記号・番号		ひな ( )			
療養を受けた被保険者	氏名			世帯主との続柄	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日			
傷病名			傷病又は負傷の年月日		(負傷の場合： 時頃)
発病又は傷病の原因			負傷の経過		
診療を受けた病院・医院	名 称		診療に従事した医師	氏名	
	所在地			住所	
治療用装具の製作等に要した費用の額		金 円也			
第三者行為によって負傷したものであるか否か		有・無	第三者の行為によって負傷したときは	その事実の届出の有無	
				第三者の氏名と住所(不明のときはその旨)	

上記のとおり療養に要した費用に関する領収書を添えて申請します。

令和 年 月 日

住所

世帯主 氏名

電話番号

ひたちなか市長 殿

国保処理	マル福	
	有	無