

# 【申請書記入例】

様式第3号(第17条、第22条、第23条関係)

受理印		<b>国民健康保険療養費支給申請書</b>	
福島市長		平成 ○○年 10月 20日	
世帯主		住所 <b>福島市五老内町3番1号</b>	
		氏名 <b>福島 太郎</b> (福島) (印)	
		(電話番号 <b>024 - 525 - 3773</b> )	
次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。			
被保険者証記号番号	島1 0 1 2 1 2 3 (1)一般 2 退職本人 3 退職被扶養者		
療養を受けた被保険者氏名	<b>福島 フク</b>	被保険者の性別	(男・女) (昭)平 18年 2月 2日
傷病名	<b>椎間板ヘルニア</b>		種別 入院 (外来)
療養期間	平成 ○○年 10月 3日から 平成 ○○年 10月 3日まで 1日間	発病の 原因	
診療薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局等	名称 <b>信夫山病院</b> 所在地 <b>福島市大森字△△ ○番地の○</b>		
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名	<b>山田 緑</b>		
療養の給付を受けることができなかった理由	<b>治療用器具につき療養の給付外</b>	療養に要した費用	支給決定額
		<b>23,741</b> 円	
医師の意見欄	傷病名	<b>椎間板ヘルニア</b>	
	補装具を必要と認めた理由	<b>上記理由により、腰椎装具を必要とする。</b>	
	装具の採寸日	平成 ○○年 10月 3日	採寸日は入院 (外来)
振込口座等	金融機関名	<b>ゆうちょ</b> (銀行) 農協 信用金庫 <b>八五八</b> (本店) (支店)	
	口座番号	<b>0 1 2 0 1 2 5</b>	口座の種類 <b>普通</b>
	フリガナ	<b>フクシマ フク</b>	
	口座名義人	<b>福島 フク</b>	
※世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は、裏面受取委任の欄に記入してください。			
【事務処理欄】			
〈裏面〉			
本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 平成 ○○年 10月 20日			
世帯主	住所	<b>福島市五老内町3番1号</b>	
	氏名	<b>福島 太郎</b> (福島) (印)	
代理人	住所	<b>福島市五老内町3番1号</b>	
	氏名	<b>福島 フク</b>	

※医師の指示により治療用養装具作成した場合、申請には補装具の領収書(原本)及び医師の意見書(原本)が必要となります。

- 提出日を記入してください
  - 世帯主の申請になります(住所・氏名・電話番号を記入の上、捺印してください)。(採寸日の世帯主となります。)
  - 補装具を作製された被保険者についてご記入ください。(被保険者証記号番号、保険証区別、氏名、性別、生年月日)
  - 補装具の作製について記入してください。
  - 傷病名、指示を行った医療機関等、採寸日について記入願います。(診療期間・日数、種別は、採寸日となります)
  - 領収書の金額を記入してください。
  - 作製の指示を行った医師(医療機関等)に証明してもらってください。  
※弾性着衣 及び 小児治療用眼鏡 は、本様式では医師の意見書とすることはできませんので、ご注意ください。  
医師に証明してもらった作製指示書(原本)を添付してください。
  - 世帯主の口座情報を記入してください。  
世帯主以外の口座に振り込みを希望される場合は、希望される口座情報を記入の上、裏面の委任欄に記入捺印願います。
  - ※世帯主の印は同じものを捺印願います。  
代理人は振込口座の名義人になります。
- ※世帯主以外の口座に振込みを希望される場合、裏面の委任欄に記入捺印することにより、世帯主から代理人(口座名義人)に給付金の受領に関する権限を委任します。