

様式第12号（第15条・第16条関係）

療養費 国民健康保険 支給申請書 特別療養費						
被保険者証の記号番号	み多 A		世帯主名			
療養を受けた被保険者	氏名		世帯主との続柄	一・本・被		
	個人番号		生年月日及び性別	年 月 日	性別	
傷病名			療養期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	
診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局その他の者の名称及び所在地						
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						
療養の給付を受けることができなかった理由						
療養に要した費用			円			
備考						
上記のとおり診療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						
多賀城市長 殿						
申請者（世帯主）						
住 所 _____						
氏 名 _____ 印 _____						
個人番号 _____						
電話番号 _____						
振込指定口座	銀行 金庫 銀行		本店 支店 出張所		フリガナ 名義人 ()	
補装具に関すること		※保険者記入欄（以下に記入しないでください）				
入院・外来区分	採寸・採型日	過去に補装具の支給履歴	支給履歴がある場合に申請を受理した理由	□耐用年数経過済み 装具名等 □前回とは装着部位が別（ ） □医師に前回は使用できないことを確認済み □（ ）		
□入院時に採寸・採型 □外来時に採寸・採型	年 月 日	□あり □なし				
※保険者記入欄（以下に記入しないでください）						
月報区分	<input type="checkbox"/> 70歳～(3割) <input type="checkbox"/> 70歳～(2割) <input type="checkbox"/> 70歳～(1割) <input type="checkbox"/> 65～69歳 <input type="checkbox"/> 未就学児 <input type="checkbox"/> その他	被保険者区分 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職扶養	負担割合 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 1割	療養に要した費用額 円	一部負担金相当額 円	支給決定額 円
	メモ					