

種別	一 般 ・ 退 職
負担割合	3 割 / 2 割
公費	障 / 親 / 乳 / 子 / 青

費用額	円
一部負担金	円
保険者負担(支給)額	円

※太枠の中だけ記入してください

国民健康保険療養費支給申請書		( 補 装 具 )	
被保険者の記号・番号		26ー・	
療養を受けた者の氏名、性別、生年月日		(男 / 女) 昭・平・令 年 月 日生	
個人番号			
傷病名、療養期間(診断日)		平成 年 月 日 令和	
医療機関の名称及び所在地		名称( 医院／病院) 所在地( )	
医師その他の者の氏名			
療養費の支給申請をした理由		<input type="checkbox"/> 補装具作成のため <input type="checkbox"/> その他( )	
傷病原因		療養に要した費用 十 万 千 百 十 円 (入院 / 外来)	
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いたします。 令和 年 月 日 世帯主 住所 武蔵野市 (町) 丁目 番 号 (方書) 氏名 _____ 電話番号 ( - - ) 個人番号			
○世帯主の振込先			
銀行・信金 信組・農協		支店	普通・当座
武蔵野市長殿		口座番号	世帯主名 カタカナで記入

- (添付書類)
1. 医師意見書等  
(同意書)

2. 領収書…

3. 靴型装具…

4. (乳)・(子)・(青)・(親)・(障)に該当の方は医療費助成申請書

☐医師の押印がある(令和5年3月31日以前に作成された、コルセット等の指示書のみ)

☐同意日と装着日の記載がそれぞれある

※小児弱視等治療用メガネの場合は、検査結果を含む作成指示書

※弾性着衣等の場合は、弾性着衣等装着指示書が必要

☐領収書の発行日が意見書同意日以降である

☐領収書に作成器具の内訳の記載がある

☐領収書のコピーは内訳書も必要(裏面の場合に注意)

※治療用メガネ、弾性着衣等については内訳不要

☐装着時の写真が添付されている
- 収受印

世帯主(届出人)の本人確認資料	
番号確認書類…番号カード・通知カード 住民票・申立書	身元確認書類…番号カード・運転・パス 在留カード・市民カード・障害者手帳 その他( )
代理権確認書類…戸籍謄本・委任状・その他( )	

受付者サイン
--------