

領収書返却 **必要** 不要・済
 乳・子・青・親・障・老
外来・入院（70歳以上のみ）
 申請書は、
 証明書ごとに1枚記入
補装具
申請書記入例

領収書の返却希望の場合は記入
 70歳以上の場合
 外来・入院のいずれかを選択
 一般・**補装具**

保険証の記号番号を記入
 記号番号 32 - 12 - 3456
 氏名 国保 花子

証明書に記載されている「疾病名」を記入
 傷病名 **変形性膝関節症**
 療養を受けた被保険者
 生年月日 S60 年 1 月 1 日

発病・負傷の年月日 **不明** 年 月 日
 不明であれば、その旨を記入
 療養期間 R5 年 5 月 5 日から
 年 月 日まで (1) 日間
 医師が補装具を指示した日を記入
 (証明書に記載されています)

医療機関の名称及び所在地 **町田市国保病院**
 医師・歯科医師・薬剤師等の氏名 **国保 一郎**
 療養費の支給申請をした理由
 (保険証が使えなかった理由)
 治療上必要な装具を作成したため (それ以外は余白に記入)
補装具は、こちらにレ点

発病・負傷の原因
 日常生活による
 通勤中、勤務中の傷病
 第三者の行為による傷病
 その他
 発症・負傷した理由を記入

いずれか一つに に関する証拠書類を添えて申請します。
 住所 **町田市森野2-2-22**
 氏名 **国保 太郎**
 個人番号(マイナンバー)
 電話 **042 (000) 0000**
 受診時の世帯主

希望する方の口に「レ」をつけてください。
 世帯主の公金受取口座(マイナンバーに紐付けた口座)を利用します。
 下記の口座を振込先として指定します。
 ※口座名義人が世帯主以外の人である場合は、委任状欄の記入が必要です。

金融機関名 **000** **銀行**
 支店名 **△△△**
 店番号 1 2 3
 1.本店
 2.支店
 3.支所
 4.出張所
 種別 **1普通**
 2当座
 口座番号 1 2 3 4 5 6 7
 口座名義人(カタカナで記入) **コ ク ホ ハ ナ コ**

委任状(世帯主名義以外の口座に振込む場合必ず記入して下さい。)
 口座名義人 住所 **町田市森野2-2-22**
 氏名 **国保 花子**
世帯主以外の口座に振込む場合に記入
 住所 **町田市森野2-2-22**
 氏名 **国保 太郎**
世帯主の押印
 (印)

本申請書に記入した事項に関しては、町田市のOA機器に登録することを承諾します。