

領収書返却 必要 不要・済		受付印		申請書は、 証明書ごとに1枚記入		補装具 申請書記入例							
乳・子・青・親・障・老		領収書の返却希望の場合は記入		[一般・ 補装具]									
外来 ・入院（70歳以上のみ）		70歳以上の場合は 外来・入院のいずれかを選択											
国民健康保険													
※職員記入欄		記号		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		療養を受けた 被保険者		生年月日		S60		年 1 月 1 日					
傷病名		変形性膝関節症		個人番号 (マイナンバー)				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)					
発病・負傷 年月日		不明 年 月 日		療養期間		R5 年 5 月 5 日から		本人・(妻					
不明であれば、その旨を記入						年 月 日まで (1)日間							
医療機関の名称及び所在地		町田市国保病院		証明書に記載されている 医療機関名・医師名を記入									
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		【該当項目に☑】 ☐ 通勤中、勤務中の傷病 ☐ 第三者の行為による傷病 ☒ その他		(医療機関を受診した理由を記入)		発症・負傷した理由を記入							
日常生活による													
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		受診時の世帯主									
R5 年 6 月 1 日		世帯主		氏名		国保 太郎							
町田市長 様				個人番号(マイナンバー)									
電話		042 (000) 0000											
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。													
世帯主のマイナンバーに 紐付けた口座を利用する場合は、 上の口に☑をつけてください その場合、口座・委任状の記入は不要です													
金融機関名		000		銀行 2.金庫 3.組合 4.農協		支店名		△△△		1.本店 2.支店 3.支所 4.出張所			
店番号		1		2		3							
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。)													
住所		町田市森野2-2-22		世帯主以外の口座に振込む場合に記入		世帯主の押印							
口座 名義人		氏名		国保 花子									
住所		町田市森野2-2-22											
R5 年 6 月 1 日		世帯主		氏名		国保 太郎							
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。