

様式第 1 2 号（第 1 5 条・第 1 6 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 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		年 月 日	
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 個人番号 電話番号									
振込 指定 口座		銀行 金庫 銀行 普・当						本店 支店 出張所 フリガナ 続柄 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		☐ 70歳～(3割) ☐ 70歳～(2割) ☐ 70歳～(1割) ☐ 65～69歳 ☐ 未就学児 ☐ その他		負担割合		☐ 3割 ☐ 2割 ☐ 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	