

保険者番号	3	9	1	3	1	0	9	9	個人番号（マイナンバー）									
被保険者番号									療養を受けた	被保険者氏名								
公費負担者番号										生年月日	年 月 日							
公費受給者番号										入外区分	入院・外来	給付割合	7・8・9割					
診療年月	年 月								療養期間	年 月 日から								
診療日数			日							年 月 日まで								

種	類	補装具
傷	病	名
診療を受けた医療機関等の所在地	別添証明書のとおり	
診療を受けた医療機関名又は施術師		
支給申請をした理由	治療上必要な装具を作成したため	
発病又は負傷の理由 (1か2に○)	1：第三者行為（交通事故等） → 相手の氏名および住所 2：その他（自損事故・疾病等）	

[illegible]

公金受取口座		□マイナポータルに登録した公金受取口座を利用します（被保険者本人のみ利用可） ※マイナポータルに登録した口座を利用する場合は☑を入れ、振込先口座(下記太枠部)は記入しないでください。 ※公金受取口座を利用できるのは被保険者本人のみです。 ※マイナポータルに口座を登録していない場合や、被保険者本人以外の方の口座は利用できません。															
振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合							本店・支店 ()							預 金 種 別	普 通 当 座 ()	
口座番号 (左詰め)																	
口座名義人 (カタカナ)																	

連絡先