

太枠内をご記入ください。 国民健康保険・療養費支給申請書

保険者番号	1 3 8 0 8 1	療養を受けた方	被保険者名			
記号・番号	0 8 - -		生年月日	昭和 平成	年	月 日
公費負担者番号			性別	1. 男	2. 女	入外
公費受給者番号			給付割合	7割	8割	9割
資格区分	一般 退職本人 退職扶養	療養期間	平成 年 月 日から			
診療年月	平成 年 月 診療		平成 年 月 日まで			
種類	1. 一般診療(海外療養費含む) 2. 補装具 3. 柔整 4. あんま・マッサージ 5. 鍼灸 6. 移送費 7. その他(生血)					
傷病名						
診療を受けた医療機関等の所在地						
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	・旅行中 ・被保険者証を持参しなかった ・その他()					
発病又は負傷の理由						
療養に要した費用額		食事回数	回	1割		
審査認定額※1		食事に要した費用		9割		
薬剤一部負担金		食事標準負担額		指		
一部負担金		支給額		高額		
振込先	銀行名	銀行 信用金庫 信用組合	支店名	本店 支店 出張所	備考	
	口座種別	金融機関コード	口座番号	店番		
	口座名義人	フリガナ	氏名			
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。					受付者	
江東区長殿					区 白 富	
平成 年 月 日					豊 小 亀	
申請者住所 江東区					大 砂 南	
(世帯主)					取得年月日	
氏名 (印)					・ ・	
電話					喪失年月日	
					・ ・	

医療証
障・乳・子・親