

結核医療給付金支給申請書

(年 月診療分)

江東区長 殿

令和 年 月 日

申請者(世帯主)

住所

氏名

電話

下記のとおり申請します。

被保険者証	記号	08-	番号	
診療を受けた被保険者	氏名			
	生年月日	昭和 年 月 日	平成	

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	支店名	本店 支店 出張所
		金融機関コード	支店コード	
	口座種別	普通・当座	口座番号	
口座名義人	フリガナ			
	氏名			

(受付部署記載事項)

受付印

受付番号

国保資格	受給者証	領収書		
	証	期間	医療機関	薬局

審査決定額				
既支給額				
負担限度額				