【記入例】
補装具
※赤字箇所をご記入ください

決定区分	起案	令和　年　月　日	決定	令和　年
丁	支給金額		該当事	
	※	拾万 万 千 百 十 円	障	乳
	摘要	No.		

マル障、マル乳、マル子、マル青、マル親の医療証をお持ちの方は、記入してください。**公費分は別途申請が必要**です。分からない場合は、事前にお問い合わせください。

費支給申請書

被保険者が記入するところ

保険者番号	1 3 8 0 7 3	被保険者名	墨田　花子
被保険者記号・番号	07－ 99 0000 （枝番） 01	生年月日	昭和・平成・令和 35年 1月 1日
公費負担者番号		性別	1．男　2．女
公費受給者番号		入外	1．入院　2．外来
資格区分	一般　退職本人　退職扶養	8割　9割	日数　日
診療年月	平成・令和 2年 1月 診療	療養期間	平成・令和 2年 1月 1日 から
種類	1．一般診療　2．補装具　3．柔 5．はり・きゅう　6．移送費　7．そ		
傷病名	右足骨折　等		
診療を受けた医療機関等の所在地	○○県○○市○○×丁目×番×号		
診療を受けた医療機関名又は施術師	○○病院		
支給申請をした理由（被保険者証で診療を受けられなかった理由）	治療用装具を購入したため		
発病又は負傷の理由	1　労働災害・第三者行為 2　1以外		
療養に要した費用額		合事回数	回
審査認定額			
薬剤一部負担金			
一部負担金		支給額	

作成指示を受けた時点

医師が指示した日（必要と認めた日、処方日）を記入してください。分からない場合は、事前にお問い合わせください。

分からない場合は、事前にお問い合わせください。

該当する項目をご選択ください。
※１に該当する場合は、事前にお問い合わせください。

被保険者が記入するところ

振込先（世帯主）	銀行名・コード	○○ 銀行 信用金庫 信用組合	支店名・コード ○○ 支店
	口座種別	普通　当座　貯蓄	口座番号 1 2 3 4 5 6 7
	口座名義人（姓と名の間は1マスあける）	ﾌﾘｶﾞﾅ ｽ ﾐ ﾀ ﾞ ﾀ ﾛ ｳ	
		漢字 墨 田 太 郎	

受診者ではなく、**医師が指示した日時点の世帯主**です。

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。

令和　○○年　○○月　○○日

住所　墨田区 吾妻橋　一丁目　23番　20－101号

世帯主氏名 墨田　太郎　印

電話　03-5608-1111

墨　田　区

世帯主の現住所です。区外の場合は余白に記入してください。

部屋番号やマンション名等まで記入してください。

朱肉を使う印で押印してください。（スタンプ印は不可）
※訂正箇所には必ず同じ印で訂正印を押してください。

出張所受付	を押してください。	受付印
出張所		