

決定区分
丁

起案	令和	年	月	日	決定	令和	年	月	日	施行	令和	年	月	日
※	拾万	万	千	百	十	円	障	乳	子	青				

【記入例】
補装具

※赤字箇所をご記入ください

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
	被保険者記号・番号	07- 99	0000	(枝番)	01		
	公費負担者番号						
	公費受給者番号						
	給付割合	7割	8割	9割			
	診療年月	平成・令和	年	月	診療		
	種類	1. 一般診療	2. 補装具	3. 柔整	4. あんま・マッサージ		
	傷病名	5. はり・きゅう	6. 移送費	7. その他(生血)			
	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						
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	支給申請をした理由						
	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		食事回数				
	審査認定額						
	薬剤一部負担金						
	一部負担金						
	振込先(世帯主)	銀行名・コード	〇〇	銀行	信用金庫	信用組合	
	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)	フリガナ	スミタ、タロウ	漢字	墨田太郎		
	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	〇〇年	〇〇月	〇〇日		
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。	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	電話	03-5608-1111			
	長	あて					
出張所受付	担当者	*記載事項の訂正は二重線を引いて行ってください。					
出張所		*申請上の注意点は裏面をご覧ください。					
		領収書返却：必要・不要					
		受付印					