

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 |
| 支 給 金 額 |    |    |   |   | 該 当 事 項 |    |   |   |   | 課 長 係 長 係 員 |    |   |   |   |
| ※       |    | 拾万 | 万 | 千 | 百       | 十  | 円 | 障 | 乳 | 子           | 青  | 親 |   |   |
| 摘要      |    |    |   |   | No.     |    |   |   |   |             |    |   |   |   |

国民健康保険・療養費支給申請書

|                                                          |                                      |                             |                                                                  |                     |                                                                    |  |  |  |  |  |  |          |       |         |                                  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|----------|-------|---------|----------------------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | 保 険 者 番 号                            |                             | 1 3 8 0 7 3                                                      |                     |                                                                    |  |  |  |  |  |  |          | 被保険者名 |         |                                  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          | 被保険者記号・番号                            |                             | 07- (枝番)                                                         |                     |                                                                    |  |  |  |  |  |  |          | 個人番号  |         |                                  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          | 公費負担者番号                              |                             |                                                                  |                     |                                                                    |  |  |  |  |  |  |          | 生年月日  |         | 昭和・平成・令和 年 月 日                   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          | 公費受給者番号                              |                             |                                                                  |                     |                                                                    |  |  |  |  |  |  |          | 性別    |         | 1. 男 2. 女 入外 1. 入院 2. 外来         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          | 給 付 割 合                              |                             | 7割 8割 9割                                                         |                     |                                                                    |  |  |  |  |  |  |          | 日数    |         | 日                                |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          | 診 療 年 月                              |                             | 平成・令和 年 月 診療                                                     |                     |                                                                    |  |  |  |  |  |  |          | 療養期間  |         | 平成・令和 年 月 日 から<br>平成・令和 年 月 日 まで |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          | 種 類                                  |                             | 1. 一般診療 2. 補装具 3. 柔整 4. あんま・マッサージ<br>5. はり・きゅう 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                                                |                                      |                             |                                                                  |                     |                                                                    |  |  |  |  |  |  |          |       |         |                                  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 発病又は負傷の理由                                                |                                      | 1 労働災害・第三者行為<br>2 1以外       |                                                                  |                     |                                                                    |  |  |  |  |  |  |          |       |         |                                  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 療養に要した費用額                                                |                                      |                             |                                                                  |                     |                                                                    |  |  |  |  |  |  | 食 事 回 数  |       | 回       |                                  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 審 査 認 定 額                                                |                                      |                             |                                                                  |                     |                                                                    |  |  |  |  |  |  | 食事に要した費用 |       |         |                                  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 薬 剤 一 部 負 担 金                                            |                                      |                             |                                                                  |                     |                                                                    |  |  |  |  |  |  | 食事標準負担額  |       |         |                                  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 一 部 負 担 金                                                |                                      |                             |                                                                  |                     |                                                                    |  |  |  |  |  |  | 支 給 額    |       |         |                                  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | 振<br>込<br>先<br>(<br>世<br>帯<br>主<br>) | 銀行名・コード                     |                                                                  | 銀 行<br>信用金庫<br>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    |                                  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          |                                      | 口座名義人<br>(姓と名の間は<br>1マスあける) |                                                                  | フリガナ<br>漢字          |                                                                    |  |  |  |  |  |  |          |       |         |                                  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          | 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 丁目 番 号                        |                             |                                                                  |                     |                                                                    |  |  |  |  |  |  |          |       |         |                                  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          | 世帯主氏名                                |                             |                                                                  |                     |                                                                    |  |  |  |  |  |  |          |       |         |                                  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          | 電話                                   |                             |                                                                  |                     |                                                                    |  |  |  |  |  |  |          |       |         |                                  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                          | 墨 田 区 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。<br>*申請上の注意点は裏面をご覧ください。<br>領収書返却 : 必要 ・ 不要 |  |  |  |  |  |  |          |       |         | 受付印                              |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出張所                                                      |                                      |                             |                                                                  |                     |                                                                    |  |  |  |  |  |  |          |       |         |                                  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |