

決定区分
丁

起案	令和	年	月	日	決定	令和	年	月	日
支給金額					該当事				
※	拾万	万	千	百	十	円	障	乳	三
摘要	No.								

**【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。

療養費支給申請書

被保険者が記入するところ	被保険者記号・番号	07-00-9999	被保険者名	墨田 花子		
	公費負担者番号		生年月日	昭和・平成・令和 35年 1月 1日		
	公費受給者番号		性別	1. 男 2. 女	入外	
	資格区分	一般 退職本人 退職扶養	療養期間	平成・令和 2年 1月 1日 から		
	診療年月	平成・令和 2年 1月 診療	療養期間	平成令和 年 月 日 まで		
	種類	1. 一般診療 2. 補装具 3. 柔 5. はりきゆう 6. 移送費 7. そ	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。		
	傷病名	右足骨折等	作成指示を受けた時点	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。		
	診療を受けた医療機関等の所在地	〇〇県〇〇市〇〇×丁目×番×号	診療を受けた医療機関名又は施術師	〇〇病院		
	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	食事回数	回
審査認定額	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。	
薬剤一部負担金	一部負担金	支給額

被保険者が記入するところ	振込先（世帯主）	銀行名・コード	〇〇 銀行 信用金庫 信用組合	支店名・コード	〇〇 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

受診者ではなく、医師が指示した日時点の世帯主です。

部屋番号やマンション名等まで記入してください。

墨田区
出張所受付
出張所

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。

を押してください。 受付印