

決定区分  
丁

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

**【記入例】**  
**一般診療**  
※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。

**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	0 7 - 0 0 - 9 9 9 9	療養を受けた被保険者	被保険者名	墨田 花子					
	公費負担者番号		性別	1. 男	2. 女	入外	1. 入院	2. 外来		
	公費受給者番号		給付割合	7割	8割	9割	日数	1 日		
	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 平成・令和 2年 1月 1日 まで						
	診療年月	平成・令和 2年 1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 5. はり・きゆう 6. 移送費 7. その他(生血)						
	傷病名	感冒(かぜ) 等								
	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)	①外出先で急病になり(負傷し)、保険証を持たず治療を受けた。 ②国民健康保険の加入手続きができなかったため、医療費の10割を自己負担した。 ③以前加入していた保険の保険証を使用した。 ④遡って社会保険の扶養認定を取り消された。 等								
	発病又は負傷の理由	1 労働災害・第三者行為 2 1以外								

複数の医療機関を受診した場合や分からない場合は、事前にお問い合わせください。

※②～④などに該当し、資格取得日(適用開始日)から14日を  
超えて国保の加入手続きをした場合、別途「届出遅延理由書」  
が必要です。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。

一部負担金		長事標準負担額		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			

受診者ではなく、医療費を支払っ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 〇〇年 〇〇月 〇〇日

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

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。

墨田区	朱肉を使う印で押印してください。(スタンプ印は不可)
出張所受付	※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	受付印