

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 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	保険者番号	1	3	8	0	7	3	療 養 を 受 け た 被 保 険 者	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 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 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 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 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									
	口座名義人(姓と名の間は1マスあける)	フリガナ			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。 *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												
出張所		[受付印]												