

資格	公費	マル長
一般	退職 本人扶養	乳子障無
		有・無

審査決定点数	
療養の給付をした場合に要する額	
負担割合	未就2 一般3 前高2 前高3
一部負担金	
差引支給額	

年 月分

決定日	係長	係員

国民健康保険療養費支給申請書 医科・調剤・歯科・補装具・生血・他保険分

被保険者証の記号番号	23 - -	療養を受けた被保険者氏名	
生年月日	年 月 日	世帯主との続柄	
傷病名		発病年月日	年 月 日

療養期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	外来	入院
------	-----------------	----	----	----

手当を受けた病院・診療所・薬局 その他の者の名称及び所在地	名称	所在地
----------------------------------	----	-----

診療又は調剤に従事した医師・ 歯科医師・薬剤師その他の者の氏名	
------------------------------------	--

療養費申請をした理由 (被保険者証で治療等が受けられなかった理由)	1 補装具業者が保険と契約なきため
	2 ()により被保険証の提示ができなかったため
	3 前保険者の資格喪失後に前保険証で受診したため、前保険者負担分を返還し、全額負担しているため
	4 その他()

発病又は負傷の原因	1 業務災害、通勤災害又は第三者行為以外による	し療 た養 費に 用要	百万	拾万	万	千	百	十	円
	2 ()								

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します。なお、支給金額は私名義の下記口座に振り込んでください。

年 月 日

江戸川区長殿 千 -

世帯主住所 氏名

電話番号 ()

個人番号	申請者(世帯主)																	
記入欄	療養を受けた被保険者																	

受付印・担当者印	振込先 (世帯主名義のもの)	金融機関名	銀行 支店										
		(コード)	()										
		口座番号	普通 当座										
		口座名義(カタカナ)											

備考	主・配偶者・子・親 代理人 他()	身元確認	免、バ、個カ、住、在 保、医、年、プレ、通知書、他()
		番号確認	個カ、通カ、シ、他()

太枠の中をご記入ください。

(江戸川区)