

公 費		マ ル 長		審 査 決 定 点 数			
乳 子 青 障 無		有 ・ 無		療 養 の 給 付 を し た 場 合 に 要 す る 額			
年 月 分				負 担 割 合		未就2 一般3 前高2 前高3	
決 定 日		係 長		係 員		一 部 負 担 金	
						差 引 支 給 額	

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 記 号 ・ 番 号		— —				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 負 傷 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 (マイナ保険証等で治療等 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 ()によりマイナ保険証等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。																					
江戸川区長殿																					
年 月 日																					
〒 — —																					
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)				()				信用金庫				()					
				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、パ、個カ、在 資、医、年、プレ、通知書 ()													
						番号確認		個カ、通カ、シ、他()													