

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							
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		— —		移 送 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	
移 送 方 法		鉄道 飛行機 船 車() その他()					
移送区間		() から ()					
移送経路							
移送年月日 移 送 先 保険医療機関		年 月 日		療養に要した費用			
				百万 拾万 万 千 百 十 円			
付添い人		住所 氏名					
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							
〒 —							
世帯主 住 所							
氏 名							
電話番号 ()							
個 人 番 号 記 入 欄		申請者(世帯主)					
		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 (コード)		銀行 支店 信用金庫 信用組合 ()	
				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 番号確認		免、パ、個カ、在 資、医、年、プレ、通知書 () 個カ、通カ、シ、他()	

※太枠の中をご記入ください。