

第18号の8様式(第33条関係)

結核・精神医療給付金支給申請書

新宿区長 殿

令和 年 月 日

下記のとおり、診療に要した証拠書類を添えて、申請します。

(申請項目を○で囲んでください。)

1. 結核医療給付金
2. 精神医療給付金

申請者	フリガナ			性別	生年月日
	氏名	(姓)	(名)	男・女	
	住所	電話 ()			
申請理由					
医療機関	医療機関名 所在地		電話 ()		
被保険者証記号番号		記号		番号	
申請書を 提出したもの	氏名			本人との関係	
	住所	電話 ()			

口座振込先(申請人名義)

振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合			支店
預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号		
フリガナ				
氏名				