

国民健康保険療養費支給申請書

治療用装具	
本人家族区分	

【注意】

(ア)負傷等の原因が第三者行為にかかると認められる傷病の場合は、「第三者行為による傷病届」を添付してください。
 (イ)記載事項を訂正した場合には必ず訂正印を押して下さい。

太枠内をご記入ください。

被 保 者	記号・番号	— .	療養を受けた方	被保険者名	
	傷病名			個人番号	
	発病・負傷日			生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	受診月	令和 年 月 日から		世帯主との続柄	本人・配偶者・子・その他()
入 入 入	診療を受けた医療機関等の名称又は施術者名及び所在地	名称	医療機関No.		
		所在地			
が 記 入	診療調剤又は手当に従事した医師、歯科医師、薬剤師等の氏名				
	療養費の支給申請をした理由 (被保険者証で治療等が受けられなかった理由)		・医療装具製作者が保険契約なきため		
す と こ ろ	発病又は負傷の理由			療養に要した費用	
			円		
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。 支給額は、世帯主名義の口座にお振込ください。 令和 年 月 日					
現住所 新宿区					
申請者(世帯主) 氏名					
電話					
新宿区長 あて				個人番号	
振 込 先 (世 帯 主)	銀行名	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店	
	口座種別	1:普通	2:当座	口座番号	店番
	口座名義人	フリガナ 氏名	※世帯主の口座をご記入ください		

※事務記入欄※ 実患者負担額【 〇 】円 支払済額【 0 】円

審査決定額	資格区分	一般 退職本人 退職家族
支給決定額	給付割合	7割 8割 9割
食事標準負担額	公費	障 乳 子 親
公費 支給		
充 当 額	充当現年	
差引支給額	充当滞繰	

医療年金受付印	特出受付印

本人(身元)確認書類 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他() () <input type="checkbox"/> 個人番号職権記載済み(全員・世帯主のみ・療養を受けた者のみ)	
---	--

受付者	特出受付者