

国民健康保険療養費支給申請書

(宛先)板橋区長

令和 年 月 日	申請者(世帯主) 住所 〒 - 板橋区
氏名	
電話番号 - -	

次の通り療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請いたします。

療養月 令和 年 月 分

公費負担者番号						資格区分	一般 ・ 退職本人 ・ 退職扶養			
公費受給者番号						入・外	入院 ・ 外来			
給付割合	7割 8割 9割					(療養を受けた)被保険者氏名				
資格取得年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男 ・ 女				
保険者番号	1 3 8 1 9 8					被保険者証記号・番号	1 9 - -			
						生年月日	昭・平・令 年 月 日			
療養種別	1. 一般診療(海外療養費含む) <input checked="" type="radio"/> 2. 補装具									
点数表	/					実日数	日	食事回数	/	
療養に要した費用					円・点	傷病名				
審査認定額					円					
一部負担金					円	発病または負傷年月日	年 月 日			
保険者負担金					円	発病または負傷した原因				
食事に要した費用	/					円	第三者行為の有無	有 ・ 無		
食事標準負担額(薬剤負担金)	/					円	療養期間	年 月 日		
食事保険者負担額	/					円	被保険者証の使用ができなかった具体的な理由	補装具製作所が保険契約をしていないため		
支給金額	/					円				
医療機関	名称: 所在地:									

○申請者(世帯主)名義の口座を指定してください。

世帯主振込先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協				口座種別	普通 当座				
	支店名	支店・出張所・本店				口座番号					
	口座名義人	フリガナ									
		氏名									

処理欄	補装具作成履歴	□なし □あり	第三者種別	□A □B	受付印	
	世帯主口座確認	□確認				
	受診日・領収日確認	□確認				
	公費	□なし □障 □親 □子 □乳 □ス				
	備考					