

受付印	決定額								
	一部負担金								
	支給額								
	負担割合	未就2	一般3	高7	高8	高9			
	公費負担	障	乳	子	親	青			
	領収書	不要	必要	済					

国民健康保険療養費支給申請書

一般診療 海外療養費 補装具 柔整 鍼灸
あんま・マッサージ その他()

入院 / 外来			医科 / 歯科 / 薬剤											
療養を受けた者	記号・番号	18— .	個人番号											
	フリガナ		生年月日											
	氏名		年		月		日							
診療年月		年		月		傷病名								
療養期間		年		月		日から		年		月		日まで	日間	
申請をした理由 (被保険者証で治療を受けられなかった具体的な理由)														
診療を受けた医療機関等の所在地及び名称														
医療機関コード							療養に要した費用							
発病又は疾病の原因							審査認定額							
							第三者行為		1.有		2.無			
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合		支店名 コード	支店 本店 出張所		種別		普通/当座					
	フリガナ						口座 番号							
委任状	本請求に基づく療養費の受領を下記の受任者に委任します。										年	月	日	
	委任者(世帯主)					受任者								
	住所					住所								
氏名					印					氏名				
荒川区長 殿 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いたします。														
申請者(世帯主)										年	月	日		
住所														
氏名										電話番号				
個人番号														