

国民健康保険・療養費支給申請書

保険者番号	1 3 8 3 9 6	療養を受けた	被保険者名					
記号・番号	39-		生年月日	年	月	日		
公費負担者番号		性別	1. 男	2. 女	入外	1. 入院 2. 外来		
公費受給者番号		給付割合	7割	8割	9割	日数 日		
個人番号	/							
資格区分	一般	退職本人	退職扶養	療養期間				
診療年月	年	月	診療	年	月	日まで		
種類	1. 一般診療(海外療養費含む) 医科 調剤 歯科							
	2. 補装具 3. 柔整 4. あんま・マッサージ 5. 鍼灸 6. 移送費 7. その他(生血)							
傷病名								
診療を受けた医療機関等の所在地								
診療を受けた医療機関名又は施術師								
支給申請をした理由								
発病又は負傷の理由								
療養に要した費用額				食事回数				
審査認定額※1				食事に要した費用				
薬剤一部負担金				食事標準負担額				
一部負担金				支給額				
振込先	銀行名・コード				支店名・コード	支店出張所		
	口座種別	普通	当座	貯蓄	口座番号			
	口座名義人	フリガナ						
漢字								
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。								
年 月 日				※太枠内は記入しないでください。				
申請者	住所							
	個人番号							
	世帯主氏名 (印)							
	電話番号							
西東京市長 あて								

職員記入欄	番号確認書類	個人番号カード ・ 通知カード ・ その他()
	本人確認書類	免許証 ・ 住基カード ・ 旅券 ・ 保険証 ・ その他()