

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      | 西東京 太朗      |            |       |
| 記号・番号            | 39- 〇〇・△△△△(枝番)□□                                 |         | 生年月日       | 〇〇年 △△月 ××日 |            |       |
| 公費負担者番号          |   | 入外      | 1. 入院      | 2. 外来       | 給付割合       | 7割・8割 |
| 公費受給者番号          |   | 診療年月    | 年          | 月           | 診療         |       |
| 個人番号             | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇                                      |         |            |             |            |       |
| 療養期間             | 年 月 日から   | 年 月 日まで | 日数         | 日           |            |       |
| 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  | 西東京市〇〇町△丁目□番×号                                    |         |            |             |            |       |
| 診療を受けた医療機関名又は施術師 | 〇〇〇〇病院  |         |            |             |            |       |
| 支給申請をした理由        | 補装具を作成したため  |         | 資格喪失後受診のため |             | 10割負担をしたため |       |
| 発病又は負傷の理由        | その他( )  |         |            |             |            |       |

|           |      |              |  |  |  |  |
|-----------|------|--------------|--|--|--|--|
| 療養に要した費用額 | 金庫回数 | ※記入しないでください。 |  |  |  |  |
| 薬         |      |              |  |  |  |  |
| 部負担金      | 又和額  |              |  |  |  |  |

|         |   |          |               |         |                       |   |
|---------|---|----------|---------------|---------|-----------------------|---|
| 受取口座(※) | <input type="checkbox"/> 世帯主の公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要)<br><input checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定する(以下の振込先にご記入をお願いします。) |          |               |         |                       |   |
| 振込先     | 銀行名・コード   | 西東京 銀行   |               | 支店名・コード | 西東京 <sup>支店</sup> 出張所 |   |
|         | 口座種別  | 普通 当座 貯蓄 |               | 口座番号    | 1 2 3 4 5 6 7         |   |
|         | 口座名義人   | フリガナ     | ニ シ ト ウ キ ヨ ウ | タ ロ ウ   |                       |   |
|         | 漢字  | 西        | 東             | 京       | 太                     | 朗 |

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。

〇〇年 △△月 ××日

※太枠内は記入しないでください。

申請者 住 所 西東京市南町五丁目6番13号

個人番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

世帯主氏名 西 東 京 太 朗

電話番号 042-464-1311

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( ) |    |  |  |  |
|       | 受付者    | 資格確認                    | 備考 |  |  |  |

(※)振込先は原則世帯主の口座となります。

公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。