

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— (枝番)		生年月日	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	/										
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											
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	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			その他()	
発病又は負傷の理由											
療養に要した費用額				食事回数				回			
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							
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) <input 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				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。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 年 月 日 ※太枠内は記入しないでください。 </div> 申請者 住所 _____ 個人番号 _____ 世帯主氏名 _____ 電話番号 _____ <div style="text-align: right;">西東京市長 あて</div>											

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。