

| | | | |
|----|----|----------|--|
| 資格 | | 帳票イメージ番号 | |
| 一般 | 退職 | | |
| | 本人 | 扶養 | |

年 月 分

| | |
|---------|--|
| 宛名番号 | |
| 医療機関コード | |
| 診療区分 | |
| 診療種別 | |

国民健康保険療養費支給申請書 [医科・調剤・歯科・装具・生血・]

| | | | | |
|------------|---------|---------|--------------|----------|
| 被保険者証の記号番号 | 10 - - | | 療養を受けた被保険者氏名 | |
| 療養を受けた被保険者 | 性別 | 1 男 2 女 | 傷病名 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 発病年月日 | 年 月 日 |
| 療養期間 | 年 月 日から | | 年 月 日まで | 日間 外来 入院 |

診療、薬剤の支給または手当を受けた病院、診療所、薬局その他の名称および所在地

診療または調剤に従事した医師。歯科医師または薬剤師の氏名

療養の給付を受けることができなかった理由

| | | |
|----|-------|---|
| 備考 | 費用額 | 円 |
| | 一部負担金 | 円 |
| | 給付割合 | % |
| | 請求金額 | 円 |

発症又は負傷の原因及びその経過

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します。
 なお、支給金額は下記の口座に振り込んでください。

令和 年 月 日

目黒区長 あて
 申請者 住所 目黒区
 (世帯主) 氏名
 電話 ()

| | | | |
|---------|-----------------|----------------|----------|
| 振込先金融機関 | 銀行 | 本店 | 受付印・担当者印 |
| | 信用金庫 | 支店 | |
| | 信用組合 | 出張所 | |
| | ※金融機関コード | ※支店コード | |
| 振込口座 | 預金種別 | 1 普通 2 当座 3 貯蓄 | |
| | 口座番号 | | |
| | 口座名義 (カキで記入) | | |

太枠の中をご記入下さい。 (目黒区HP)

《注意》 ※は記入不要です。
 振込口座は世帯主口座となります。
 預金の種別は該当のものを○で囲んで下さい。