

障 医療助成費支給申請書 国保用

障	負担者番号	8 0 1 3	医療保険	被保険者の記号・番号	22-		
				保険世帯主			
受給者番号	9		保険者	葛飾区			
			保険者番号	1 3 8 2 2 2			
申請の種類		1 一般 2 歯科 3 薬剤	4 看護	5 補装具	6 その他()		
入院・外来の別		1 入院 2 外来	診療等を受けた期間	年 月 日から	年 月 日から		
医療費支給申請額		円		備考			
病院等の名前・所在地		丁目 番号					
上記のとおり医療助成費の申請をします。医療助成費は下記口座に振り込んでください。							
振込先 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 支店	普通 口座	口座名義 (カタカナで記入)			
				口座番号			
年 月 日		(〒 -) 電話 ()					
東京都知事 葛飾区長 あて		対象者	住所 葛飾区	丁目	番号	方莊	
		ふりがな 氏名	印				
			(明・大・昭・平 年 月 日 歳)				
		代行者 (続柄)	住所	丁目	番号	方莊	
		ふりがな 氏名	印				

1 課 稅	医療機関名	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	診療年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
2 非課税	医療日数						
	入院・外来・その他	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・
医療審査決定期額							
高額療養費支給額(貸付額含む)							
患者自己負担額							
本人一部負担額							
薬剤一部負担額							
障助成支給金額							

医療機関名	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	診療年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
診療日数							
	入院・外来・その他	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・
医療審査決定期額							
高額療養費支給額(貸付額含む)							
患者自己負担額							
本人一部負担額							
薬剤一部負担額							
障助成支給金額							

医療機関名	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	診療年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
診療日数							
	入院・外来・その他	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・
医療審査決定期額							
高額療養費支給額(貸付額含む)							
患者自己負担額							
本人一部負担額							
薬剤一部負担額							
障助成支給金額							

