

記入例

障 医療助成費支給申請書 国保用

負担者番号 8 0 1 3 7 2 2 7 医

被保険者の記号・番号 22-12 0321

葛飾 一郎

受給者番号 9 4 3 2 1 2 3

受給者本人の
医療保険の内容を
記入してください。

葛飾区

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 診療等を平成 年 月 日から平成 年 月 日から

医療費支給申請額

記入不要

口座名義は、
受給者本人の名義で
お願いします。

病院等の名前・所在地

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	〇〇〇	銀行	本店	普通	口座名義 (カタカナで記入)	カツシカ タロウ
	〇〇	信用金庫	支店	口座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
		信用組合				
		協同組合				

対象者＝受給者です。
必ず記入・押印を
お願いします。

東京都知事
葛飾区長 あて 対象者

受給者以外の方が申請書を
記入する場合は、代行者の
記入・押印をお願いします。

代行者
(続柄 父)

(〒124-8555) 電話 03(3695)1111
住所 葛飾区 立石 5 丁目 番 号 方 荘

ふりがな 氏 名 かつしか たろう 葛 飾 太 郎
(明・大昭平 60 年 1 月 1 日 23 歳)

(〒124-8555) 電話 03(3695)1111
住所 葛飾区 立石 5 丁目 番 号 方 荘

ふりがな 氏 名 かつしか いちろう 葛 飾 一 郎

印鑑はスタンプ印不可です。
朱肉で押印するものをお願いします。
また、捨印もお願いします。

医療機関名	診療年月日	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・
1 課税	医療費審査決定金額				
2 非課税	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				

記入不要

注意事項

- 葛飾区の国民健康保険から別の医療保険に変更された方は、変更の届出が必要になりますので、その際はお申し出ください。
- 高額療養費等の計算により、振込に2～3ヶ月かかります。場合によっては、それ以上かかることもあります。
- 領収書は必ず原本を提出していただきます。控えが必要な場合は、事前にコピーをご用意のうえ、提出してください。領収書のコピーに「正本は葛飾区に提出済み」と押印してお返しいたします。
- 何かご不明な点がございましたらお問い合わせください。

お問い合わせ先

葛飾区 福祉部 障害福祉課 障害事業係

直通電話 03-5654-8301

代表電話 03-3695-1111 内線2315・2316・2369

F A X 03-3695-1111

1 課 税	医 療 費 助 成 費	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		診 療 日 数	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・
		入院・外来・その他						
		審 査 決 定 金 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	年 月 日
診 療 日 数	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・
入院・外来・その他							
審 査 決 定 金 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	年 月 日
診 療 日 数	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・
入院・外来・その他							
審 査 決 定 金 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							

記入不要

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	年 月 日
診 療 日 数	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・
入院・外来・その他							
審 査 決 定 金 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	年 月 日
診 療 日 数	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・
入院・外来・その他							
審 査 決 定 金 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	年 月 日
診 療 日 数	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・
入院・外来・その他							
審 査 決 定 金 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							