

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	1 2 2 1	医	被保険者の記号・番号	22-12 0321	
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。		主 者 号	葛飾一郎 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					丁目号
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	○○○	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)	↓ カツシカ タロウ
対象者=受給者です。 必ず記入・押印をお願いします。						口座番号	1 2 3 4 5 6 7

東京都知事 葛飾区長 あて	対象者	住所 ふりがな 氏名	(〒124-8555) 電話 03(3695)1111	葛飾区 立石 5 丁目 番号 方莊 かつしか 葛飾 太郎	印
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)	住所 ふりがな 氏名	(〒124-8555) 電話 03(3695)1111	葛飾区 立石 5 丁目 番号 方莊 かつしか 葛飾 一郎	印

1 課税	医療機関名 診療年月日 診療日数 療入院・外来・その他 費審査決定金額 助高額療養費支給額(貸付額含む) 成患者自己負担額 費本人負担額	年月日 年月日 年月日 入・外 入・外 入・外 八・外 八・外 入・外	年月日 八・外 入・外
2 非課税			

記入不要

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

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

	医療機関名						
1 課 税	診療年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
	医療日数						
	医療入院・外来・その他	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・	入・外・
2 非課税	費審査決定金額						
	高額療養費支給額(貸付額含む)						
	成患者自己負担額						
	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							
診療年月日	年月日						
診療日数							
入院・外来・その他	入・外・						
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							
診療年月日	年月日						
診療日数							
入院・外来・その他	入・外・						
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							
診療年月日	年月日						
診療日数							
入院・外来・その他	入・外・						
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							
診療年月日	年月日						
診療日数							
入院・外来・その他	入・外・						
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							
診療年月日	年月日						
診療日数							
入院・外来・その他	入・外・						
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