

年 月 診療分(障)医療助成費支給申請書

支給決定額

円

負担者番号	8 0 1 3	被保険者氏名	
受給者番号	9	被保険者記号番号	
保険の種類	1 協会 2 組合 3 日雇 4 船員 5 共済 6 国保 7 後期高齢	保険者名称	
		保険者番号	
高齢受給者証の 交付の有無	1 有 2 無	自己負担割合	1 1割 2 2割 3 3割
申請の種類	1 医科 2 歯科 3 薬剤 4 補装具 5 施術 6 移送 7 その他		
申請の理由	1 契約外機関受診 2 証交付前受診 3 その他()	申請額	円

上記 診療分の医療助成費の申請をします。なお、支給額決定後は下記口座にお振込みください。

振込先 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	支店	口座名義 カタカナ記入
金融機関番号	支店番号	1 普通	口座番号
		2 当座	

令和 年 月 日
練馬区長 殿

対象者 { 住所
氏名
生年月日 大・昭・平 年 月 日
電話番号 ()

代行者 { 住所
氏名 (続柄)
電話番号 ()

----- 決定通知書の送付先を、対象者の住所以外へ送付希望の場合は下記へ送付先を記入(相続人を含む)。 -----

送付先 { 郵便番号 〒 電話番号 ()
住所
氏名 (続柄)

- (注) 1 保険の療養費支給決定通知書、領収書等を添えて申請してください。なお、医療保険での付加給付のある方は必ず申し出てください。
2 対象者が未成年の場合は、国民健康保険の世帯主(組合員)又は社会保険の被保険者(組合員)が申請代行者となります。
3 口座振込の場合は、対象者以外の口座には振込できませんので注意してください。
4 保険者番号は右詰めで、記入してください。
5 申請書の記入漏れがないようお願いします。

収 受 印

※太枠内のご記入をお願いします。

診療年月 診療期間	入外別	保険対象 自己負担額				一部負担金 相当額				医療助成費	医療機関名	備考	
		負担限度額				高額・付加給付額							
H・R 年 月 日～日 日間	入・外				円				円				
H・R 年 月 日～日 日間	入・外				円				円				
H・R 年 月 日～日 日間	入・外				円				円				
H・R 年 月 日～日 日間	入・外				円				円				
H・R 年 月 日～日 日間	入・外				円				円				
H・R 年 月 日～日 日間	入・外				円				円				
H・R 年 月 日～日 日間	入・外				円				円				
H・R 年 月 日～日 日間	入・外				円				円				
H・R 年 月 日～日 日間	入・外				円				円				
H・R 年 月 日～日 日間	入・外				円				円				
H・R 年 月 日～日 日間	入・外				円				円				
H・R 年 月 日～日 日間	入・外				円				円				
(日間) 合計	件				円				円				