

診療月ごとに1か月単位で申請してください。

記入例

● 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 7 2 0 1	マル障受給者証に記載の 番号を記入してください。	練馬 太郎
受給者番号	9 1 2 3 4 5 6	被保険者記号番号	〇〇△△××××
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	練馬区
		保険者番号	0 0 1 3 8 2 0 6

高齢受給者証の 交付の有無	1	網掛け部分は記入しないでください。	1割 2 2割 3 3割
申請の種類	1		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	本人名義の口座情報を記入して ください。
-------	--------------------------------	-----	-------------------------

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	ネリマ カズコ
-------------	-----------------	----------------------------	----	----------------	---------

金融機関番号	1 2 3 4	支店番号	① 普通 2 当座	口座番号						
		1 2 3		1 2 3 4 5 6 7						

令和 ○年 ○月 ○日 (記入日)  
練馬区長 殿

対象者

住所 練馬区 練馬 1-2-3

氏名 練馬 和子

生年月日 大・昭 ① 15年 6月 7日

電話番号 03 ( 5905 ) 12××

代行申請する場合は、代行者の署名

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いたします。

収受印

※太枠内のご記入をお願いします。