

# 記入見本

黒色のペンで記入してください。(消せるペンは不可。)

第18号様式(第11条関係)

国民健康保険療養費支給申請書( 年 月診療分)

[内訳] 医科 歯科 調剤 治療用装具 柔道整復  海外療養費(医科・歯科) その他( )  
障 乳 子 青 親

各種医療証をお持ちの方は にチェックしてください。

記号番号	20 ○○ ○○○○	療養を受けた人の氏名	(フリガナ) ネリマ 八ナコ
傷病名	○○○○ 不明の場合は記入不要	生年月日	昭和 平成 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
発病・負傷日	年 月 日	療養を受けた人の個人番号	
医療機関所在地・医療機関名称・医師名		レセプト・指示書・意見書のとおり	
交通事故・傷害・労災による受診の場合はチェックしてください。 交通事故 第三者による傷害 労災			
療養費の支給を申請した理由	資格確認ができずに医療機関で受診し、医療費の10割を自己負担した。 前期高齢者だが高齢受給者証を持たずに医療機関で受診し医療費の3割を自己負担した。 補装具製作で保険契約がなかった。.....以前加入していた保険の資格で医療機関を受診した。 <input checked="" type="checkbox"/> 海外の医療機関で受診した。(滞在年月日 / / ~ / / ) 訪問の目的 訪問した場所 支払通貨 その他( )		
世帯主の振込口座	該当するにチェックしてください。	公金受取口座を利用する。(利用する場合は口座情報の記入は不要です。) マイナンバーカード(両面)の写しを同封してください。	
		振込口座を指定する。(以下の口座情報をご記入ください。)	
	銀行コード	銀行 信用金庫 信用組合・農協	支店 出張所
	口座名義(カタカナで)	ネリマ タロウ	口座番号 預金種別 普通

上記のとおり国民健康保険療養費として療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。  
なお、支給決定後、下記の支給決定金額を請求しますので、世帯主口座にお振り込みください。  
年 月 日

住所 練馬区豊玉北6-12-1

世帯主

氏名 練馬 太郎

世帯主個人番号

電話番号 03 ( 3993 ) 1111

練馬区長殿

・世帯主氏名を署名して下さい。  
・ゴム印や印字による記名の場合は押印も必要となります。(シャチハタ不可)

申請内容についてお尋ねする場合があります。日中のご連絡先を記入してください。