別記様式第9号(第3条関係)

障	・	乳	・	子	・	親

国民健康保険療養費支給申請書

（医科・歯科・調剤 補装具・生血）

保険者番号			1	3	8	0	5	7	記号番号	05—	・	(枝番)					
療養を受けた被保険者	氏名												世帯主との続柄				
	個人番号																
	生年月日	年 月 日															
療養等を受けた保険医療機関等	名称																
傷病名									負傷の原因	1 労働災害・第三者行為 2 1以外							
診療月	年 月 診療分																
療養費の支給申請をした理由 （被保険者証で治療等を受けられかつた具体的な理由）	1 被保険者証を持たずに医療機関等を受診した 2 遡つて文京区国保の加入手続をした（遅れた理由 ） 3 補装具の保険契約がなかつた 4 以前加入していた保険の被保険者証を使用した 5 海外の医療機関で受診した （渡航の目的 ） 6 その他（ ）																
	資格取得日 届出日 証明発行 【在留期間 . . ～ . . 】												療養に要した費用 円				

文京区長 殿　　上記のとおり証明書類を添えて申請します。
支給額は下記振込口座に振込みをしてください。

年 月 日

世帯主住所	〒 電話																
世帯主氏名							個人番号										

窓口に来た人（該当に○）　世帯主 ・ 同一世帯員 ・ 代理人 氏名

備考	

振込先金融機関		預金種類	口座番号	名義人氏名(フリガナ)
銀行 信用金庫 信用組合	支店	1 普通 2 当座 4 貯蓄		
金融機関番号	店番号			

※ 世帯主以外の口座に振込みの場合は、委任状が必要です。

《事務処理欄》 — — — — 0 0 0

支給決定金額

確認欄		
添付書類		領収書（原本） ・ 明細書（原本） ・ 診断書等（原本）
来庁者	1点	保・免・外人・パ・住(写真有)・個カ(写真有)・年・官身・後・高・介
	2点	会社身・学・銀・郵・診・ｼﾙﾊﾞｰﾊﾟｽ・ｸﾚｼﾞｯﾄｶｰﾄﾞ
保険証		世帯主 ・ 受診者 ・ 同一世帯員
口座委任		無 ・ 有 ⇒（来庁者）世帯主・受診者・委任状あり
保険料		済 ・ 未 ⇒ 滞納係（ ）へ連絡

受付	