第１号様式（第４条関係）

多摩市国民健康保険療養費支給申請書

保険者番号	1 3 8 4 7 9	被保険者氏名	
記号・番号	４７－　・	生年月日	S・H・R　年　月　日
個人番号		交通事故等の第三者行為	有　無
公費負担者番号		性別	男　女
公費受給者番号		区分	外来　入院
資格	一般　退職本人　退職家族　前期高齢者	給付割合	７割　８割　９割
傷病名			
発病(負傷)年月日	年　月　日		
療養期間	年　月　日　～　年　月　日		
医療機関	名称		
	住所		
支給申請理由	□　補装具を作成した □　被保険者証を提示せず、医療費の１０割を自己負担した （　医科　歯科　調剤　） □　以前加入していた保険の被保険者証を使用した □　海外渡航中の療養（渡航目的：　） （渡航期間：　年　月　日　～　年　月　日） □　その他（　）		

上記のとおり療養に要した費用に関する根拠書類を添えて申請します。

金額　円

年　月　日

申請者(世帯主)　住所　多摩市

氏名

個人番号

電話

多摩市長　殿

療養に要した費用額	円	食事日数	日
審査認定額	円	食事に要した費用	円
薬剤一部負担金	円	食事標準負担額	円
一部負担金	円	支給額	円

受付担当	

番号確認　番号C・通知C・住票・他（　）
身元確認　１点 番号C・免・パ・障手・在留・他（　）窓口来庁者
２点 国・社・年・通・住・キャ・クレ・他（　）
代理権確認　委任状・代理権限を証するもの　（　）