

決裁区分	課長	係長	係員
丁			
起案	令和	年	月 日
決裁	令和	年	月 日
支給額			

国民健康保険 結核・精神医療給付金支給申請書					
被保険者等 記号番号	記号	01-	番号		一般・退職
支給対象者	氏名		生年月日	年	月 日
療養を受けた医療機関等 の 名称及び所在地					
療養期間	令和	年	月 日から	年	月 日まで 日間
療養を受けた医療機関等へ支払った金額（給付金相当分）					円
支給申請をした理由	<p>1. 療養を受けた医療機関等が都外のため</p> <p>2. その他（ ）</p>				
上記のとおり結核精神医療給付金の支給を申請します。	希望する支払方法	口座振込・窓口払			
<p>なお、この申請にあたって、私の世帯の所得状況を保険年金課が区課税台帳等で確認することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 千代田区</p> <p>氏名</p> <p>電話 （ ）</p> <p>千代田区長 殿</p>					
受付	受付年月日	受給者証の有効期限		確認	確認者
No.	令和 年 月 日	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 支払額がわかる資料 <input type="checkbox"/> （ ）	

※請求期限は診療日の翌日から2年以内です。