

第11号様式（第10条関係）

国民健康保険結核・精神医療給付金支給申請書
 （法制 10 11 20 21 22）

被 保 険 者 記 号 番 号	17- -	個人番号													
診療を受けた被保険者氏名															
生 年 月 日	年	月	日	世帯主との続き柄											
診療を受けた保険医療機関	名 称														
	所在地														
診療を受けた期間	年 月 日から										日間				
	年 月 日まで														
診療に要した費用	円														
備 考	診療月 年 月														

上記のとおり診療に要した費用に関する証拠書類を添えて申請いたします。

年 月 日

世帯主 住 所 北区 丁目 番 号 方・荘

氏 名 印

個人番号

電話番号 ()

支給決定金額は、下記の口座に振り込んでください。

世帯主の口座	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種別 普通 当座
	口座番号	フリガナ 口座名義人氏名	

※世帯主以外の口座への振込を希望の場合は、別途世帯主からの委任状が必要です。

東京都北区長 殿

事務処理欄

一般 ・ 退職本人 ・ 退職扶養

決裁	課長	係長	係	受付

--