

療養費支給申請書

受付日:平成 年 月 日 / 決定日:平成 年 月 日

療養を受けた者	(フリガナ)			保険者番号												
	氏名			記号・番号												
	生年月日	昭・平	年	月	日	性別	1.男・2.女	世帯主との続柄								
	診療年月	平成	年	月		診療日数	日	第三者行為 (交通事故・傷害等)		1.有・2.無						
	入院・外来	1.入院・2.外来				療養期間	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日	まで
	保険種別	国保・退職(本人/家族) 給付割合(7・8・9)				入外区分	1.本入・2.本外・3.六入・4.六外・5.家入 6.家外 7.高入一・8.高外一・9.高入7・0.高外7									

種類	1.医科・2.歯科・3.調剤・4.柔整・5.補装具・6.海外療養費 7.あん摩マッサージ・8.はりきゅう・9.移送費・10.生血				
傷病名					
診療を受けた医療機関等の所在地					
診療を受けた医療機関等の名称			機関コード		
支給申請の理由					
発病又は負傷の理由					

振込先 (世帯主の口座)			銀行 信用金庫 信用組合 共同組合			本店(所)			預金種別	1.普通 2.当座 3.その他 ()	
口座番号				金融機関コード					支店コード		
口座名義人 (カタカナ) ※											

※口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点、半濁点は1文字とし、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり、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。

(宛先) 長 殿 年 月 日

〒 -

申請者 住所 _____
(世帯主)

氏名 _____ 印 連絡先 _____

個人番号

※処理欄

療養費に要した費用額		食事回数	
審査認定額		療養に要した費用額	
一部負担金		食事標準負担額	
支給金額			