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） 氏　　名			保険者番号		
				記号・番号		
				個人番号		
	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） 支店（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（世帯主）　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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					