

療養費支給申請書

受付日:平・令 年 月 日 / 決定日:平・令 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					
					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・令	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・令	年	月	日	から
	保険種別	国保・退職 (本人/家族) 給付割合 (7 ・ 8 ・ 9)			入外区分	平・令	年	月	日	まで
					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	
処方箋発行医療機関の名称		処方箋発行機関コード	
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 協同組合	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) 桂川町長 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				
審査認定額				
一部負担金				
支給金額				

支給額 _____ 円 領収しました。

令和 年 月 日

氏 名 _____ 印

世帯主住所 _____