

# 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	0	0	4	0	0	7	5	4		
	氏名			記号・番号										
				個人番号										
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	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	平・令	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	
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 宛 年 月 日

〒

申請者 住所 \_\_\_\_\_

(世帯主) 氏名 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

世帯主住所 \_\_\_\_\_