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)  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･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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 支給額　　　　　　　　　円　領収しました。  令和　　 年　　月　　日  氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　印  世帯主住所 |
| 審査認定額 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 一部負担金 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支給金額 |  |  |  |  |  |  |  |  |