

療養費支給申請書

受付日:令和 年 月 日 / 決定日:令和 年 月 日

療養を受けた者	(フリガナ)			保険者番号	0	0	4	0	0	6	1	4	
	氏名			記号・番号	61・								
				個人番号									
	生年月日	T・S H・R	年	月	日	性別	1.男・2.女		世帯主との続柄				
	診療年月	令和	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	令和	年	月	日	から			
					令和	年	月	日	まで				
保険種別	本人・家族 給付割合(7・8)			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・11.その他		
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 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) 粕屋町長 殿 令和 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							

公費確認 乳・障・親	受付者	受付日
---------------	-----	-----

※税に未納がある場合は、充当通知書の記載をお願いします。