

# 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				
	氏名		記号・番号				
			個人番号				
	生年月日	昭・平・令 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	年 月 日 から 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 農協・漁協	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) 岡垣町長 殿 令和 年 月 日

〒 -

申請者 住所 福岡県遠賀郡岡垣町 \_\_\_\_\_

(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	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	