

療養費支給申請書(一般診療等)

受付日: 年 月 日 / 決定日: 年 月 日

療養を受けた者	(フリガナ)			保険者番号	4 0 0 2 9 1			
	氏名			被保険者記号・番号	29・ —			
				個人番号				
	生年月日	年 月 日		世帯主との続柄				
	診療年月	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・一般 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.臓器搬送		
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 または補装具名			
発病又は負傷の理由			

振込先口座を指定する(振込先の記入をお願いします。)

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)	世帯主との 続柄			
-------------	-------------	--	--	--

※世帯主以外の方の口座を指定する場合は、委任状が必要です。委任状を添付して申請してください。

公金受取口座を利用する(振込先の記入不要。世帯主口座のみ利用可。マイナポータル等で事前登録が必要です。)

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。

糸島市長 様

申請日 年 月 日

申請者 (世帯主) 住所 _____

氏名 _____ 電話番号 _____

個人番号 _____

同上 <input type="checkbox"/>	同上 <input type="checkbox"/>
記入者 住所 _____	電話番号 _____
氏名 _____	(世帯主との続柄) _____

※市記入欄

療養費に要した費用額					
審査認定額					
一部負担金					
支給金額					