療養費支給申請書　兼　請求書

受付日:　　年　月　日 ／ 決定日:　　年　月　日

療養を受けた者	(フリガナ) 氏　名			保険者番号		4 0 0 2 6 7	
				記号・番号			
				個人番号			
	生年月日	年　月　日	性別	1.男・2.女	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・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			
	公費	無 ・ 有　（子　障　親）	資格取得 年月日	年　月　日	収納状況	完納 未納	

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	銀行 信用金庫 信用組合 農協	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) ※			世帯主 との続柄		

※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及び請求します。
なお、支給決定後は上記の口座に振り込まれますよう依頼いたします。

（宛先）　朝倉市長　殿　　年　月　日

〒　　－

申請者
（世帯主）　住所

氏名　　電話番号

個人番号

□請求の受領については、税（国保税優先）に充当することに同意します。　世帯主名

※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			