

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) | | 保険者番号 | | 4 0 0 2 6 7 | |
| | 氏名 | | 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. 高入七・0. 高外七 | | |
| 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 住所 _____
(世帯主) 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 | | | |