療養費支給申請書

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		
				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		

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　　年　　月　　日

〒　　－

申 請 者
(世帯主)　住所

氏名　　印　　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					