

記入例

療養費支給申請書

請求金額				円
審査金額				円
一部負担金	2割・3割	保険者負担額	円	
第三者行為	有 <input checked="" type="radio"/> 無	被保険者分	円	
支給額				
被保険者記号番号	傷病名	発病又は負傷の 年 月 日	年 月 日	
12345678				
個人番号	一般 <input checked="" type="radio"/> 本人 <input checked="" type="radio"/> 被養			
手当の内容及び傷病経過				
療養担当者に診療を受けること の困難であった理由、緊急であつた事由、承認済であるときはその旨				
手当を受けた期間	自 令和 年 年 至 令和 年 年	診療を受けられた方の氏名、生年月日をご記入下		円
療養を担当した医師 歯科医師の住所氏名				
被保険者氏名	滑川 花子	生 年 月 日	H2.1.1	

上記のとおり申請します。

令和 1 年 1 月 1 日

住民票上の住所、世帯主氏名をご記入下さい。

電話は、申請内容についてお問合せさせていただくことがあった際に、連絡のとりやすいものをご記

世帯主

住所 滑川市 寺家町104 番地

氏名 滑川 太郎

電話 076-475-2111

金融機関名	〇 〇 銀行	〇 〇 支店
預金の種類	1 普通預金	2 当座預金
口座番号	1 2 3 4 5 6 7 8	
(フリガナ)	ナメリカワ ハナコ	
口座名義人	滑川 花子	続柄 妻

※職員確認欄

未納 有 ・ 無 ⇒ 有の場合税充当(要同意書)

福祉助成 有 ・ 無