療養費支給申請書

受付日：令和　　年　　月　　日　／　決定日：令和　　年　　月　　日

療養を受けた者	（フリガナ） 氏　　名			保険者番号	4 0 1 3 4 9	
				記号・番号	134 ・	
				個人番号		
	生年月日	昭・平・令　　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		
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）みやこ町長　殿　　令和　　年　　月　　日

〒　　－

申請者（世帯主）　住所　京都郡みやこ町

氏名　　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			