

(宛先)綾瀬市長

申請及び請求者(世帯主) 住 所
氏 名
個人番号
電話番号 ()

次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をします。

療養月 年 月分

医療機関コード		保 険 種 別	1本入	3六入	5家入	7高入一	9高入7
※設定機関コード			2本外	4六外	6家外	8高外一	0高外7
給 付 割 合	7割 8割 9割 10割	(療養を受けた) 被保険者氏名					
公費負担者番号		個 人 番 号					
保 険 者 番 号	140533	被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	53 -				
性 別	1男 2女	生年月日	年 月 日				
療 養 種 別	01 一般診療 02装具 03柔整 04マッサージ 05針灸 06移送 07その他						
点 数 表	1医科 2歯科 3調剤	実 日 数	日	食事回数	回		
療養に要した費用	円(点)	傷 病 名					
一 部 負 担 金	円	発 病 又 は 負 傷 年 月 日	年 月 日				
食事療養又は生活療養に要した費用	円	傷 病 経 過					
食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額(薬剤負担金)	円	療 養 期 間	年 月 日から				
※ 査 定 金 額	円		年 月 日まで				
支 給 金 額	円	療養の給付を受けることのできなかつた理由					
病院、診療所等の名称及び所在地							

※欄は記入しないでください。支給決定後、下記の口座へ振り込みを行います。

【振込先口座】

フリガナ			
口座名義人			
金融機関コード		支店コード	
金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店名	
預金種目	☐ 普通・総合 ☐ 当座	口座番号	