

(宛先)綾瀬市長

申請及び請求者(世帯主)

住 所 綾瀬市早川550番地

氏 名 綾瀬 太郎

個人番号

電話番号 0467 ( 77 ) 1111

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	綾瀬 花子				
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 - 1234567				
性 別	1男 2女	生年月日	S40年 1月 4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	1 1 1 1	2 2 2 2	3 3 3 3	4 4 4 4	5 5 5 5	6 6 6 6	7 7 7 7

提出していただく書類等について

【受診時に加入されていた健康保険（社会保険・共済組合・他市の国保など）で受診した場合】

- ・領収書（受診時に加入されていた健康保険組合等に支払ったことが分かるもの、通知書）
- ・診療報酬明細書（レセプト：健康保険組合等が発行したもの。未開封のまま、封筒ごと提出すること。）
- ・世帯主、同世帯員の金融機関の通帳（口座情報が分かるもの）

【医療機関で実費負担した場合】

- ・領収書
- ・診療報酬明細書（レセプト）
- ・世帯主、同世帯員の金融機関の通帳（口座情報が分かるもの）

病院、診療所等の名称及び所在地	なかつた理由
-----------------	--------

※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	アヤセ タロウ		
口座名義人	綾瀬 太郎		
金融機関コード	0000	支店コード	000
金融機関名	〇〇	支店名	〇〇支店
預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通・総合 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	000000

納付状況	<input type="checkbox"/> 納付済 <input type="checkbox"/> 未納 ( <input type="checkbox"/> 収納課連絡 )	第三者行為による治療	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
------	---	------------	--