

## 【支給申請・請求書

(あて先) 多良木町長 様

下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・請求します。

四

住 所

世帶主 氏 名 印

電話番号 ( ) 個人番号

療養を受けた被保険者氏名		世帯主との続柄		被保険者番号		個人番号	
生年月日		昭・平・令 年 月 日					
傷病名		別紙「診療報酬明細書」のとおりに のとおり		発病の原因		<input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 不詳	
発病負傷年月日		<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不詳		傷病の経過			
療養期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで ( 日間)		療養の内容			
療養を受けた医療機関等の名称及び所在地				別添「診療報酬明細書」記載の医療機関			
療養の給付を受けることができなかった理由				<input type="checkbox"/> 保険取扱療養機関外のため <input type="checkbox"/> 保険証不携帯 <input type="checkbox"/>			
被保険者負担率		<input type="checkbox"/> 3割		療養に要した費用 ①		円	
		<input type="checkbox"/> 2割		①×被保険者負担率 ②		円	
		<input type="checkbox"/> 1割		支給額 (①－②)		円	
支払方法				<input type="checkbox"/> 口座振込 <input type="checkbox"/> 窓口払い			
金融機関名		銀行 ・ 信組 ・ 球磨地域農協		支店 (所)		支店 支所	
		ゆうちょ銀行 -					
口座番号		普通 ・ 当座		口座名義 (カタカナ)			
証拠書類		<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
委任欄		※世帯主と口座名義人が異なる場合に記入してください。 令和 年 月 日 私に支払われます療養費について、下記の者を代理人と定め、受領することを委任します。 (委任される者) 住所 _____ 氏名 _____ 印 (続柄: _____)					