

療養費支給申請書兼請求書

岸和田市長様

下折振

※申請者欄に世帯主の住所・電話番号・氏名を記入してください。
申請者（世帯主）名義の口座に振り込む場合、申請者印は省略できます。

記指定口座への

年 月 日

※対象者欄に療養を受けた方の氏名・生年月日を記入してください。

申請者（世帯主）の個人番号（マイナンバー）は、
公金受取口座を利用する場合のみ記入してください。

※申請者（世帯主）名義の口座に振り込む場合、申請者印は省略できます。
※太枠内のみご記入ください
※間違えたところは二重線を引き、訂正印を押してください。

申請者 (世帯主)	住所	〒 596 - 8510 岸和田市 岸城町7番1号		電話番号	(072) 423 - 2121
	氏名	岸和田 太郎 (印)		個人番号 (公金受取口座を利用する場合のみ記入)	
対象者	氏名	岸和田 花子		個人番号	
	生年月日	昭和 30 年 1 月 2 日			
振込口座	金融機関名		支店名		
	岸和田 (銀行・農協 金庫・組合)		岸和田 (本店 支店)		
	口座種別	口座番号	フリガナ	キシワダ ハナコ	
	1. 普通 2. 当座	1 2 3 4 5 6 7	口座名義人	岸和田 花子	
<input type="checkbox"/> 申請者（世帯主）の公金受取口座（公的給付の支給等迅速かつ確実な実施のための預貯金口座の登録等に関する法律（令和3年法律第38号）第3条第1項、第4条第1項及び第5条第2項の規定による登録に係る預貯金口座をいう。）を利用します。					

備考 公金受取口座を利用する場合は、振込口座の記入は不要です。
振込口座欄に記入がある場合には、記入口座への振込を優先させていただきます。

傷病名	別紙のとおり
療養内容	別紙のとおり
療養に要した費用	
療養を受けた病院・診療所・薬局	
所在地	
名称及び 医師・歯科 医師・薬剤師・ その他の者の 氏名	別紙のとおり
6. その他()	

※振込を希望される口座の金融機関名・支店名・口座種別・
口座番号・口座名義人(フリガナ)を記入してください。

※ゆうちょ銀行を希望される方は、支店名に3桁の店番、口座番号に
末尾の「1」を除いた7桁の番号を記入してください。

***** これより下は記入しないでください *****

本庁受付	センター受付	受 付	給付割合	7割 ・ 8割 ・ 9割
			退職区分	一般・退職(本人)・退職(扶養)
		本庁処理	適用医療	一般・一負・障・ひ親・子
			療養に要した費用額	円
			審査決定額	円
口座名義人が申請者名と異なる場合（訂正時は要押印）申請者の押印に代わる本人確認を、下記により確認する 写真付き（1部） <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他（ ） 写真無し（2部）（ ）・（ ）				保健部健康保険課 2023.03