

# 療養費支給申請書兼請求書

岸和田市長様

下記療養費を申請・請求します。

振込先の口座名義人が申請者(世帯主)と異なる場合には、下記口座名義人を代理人とし、下記指定口座への振込をもって岸和田市からの支払金の受領と認めます。

申請日 年 月 日

記号番号	岸国
------	----

申請者 (世帯主)	住所	〒596 - 岸和田市			電話番号	( ) -
	氏名	Ⓜ			個人番号(マイナンバー)	
対象者	氏名	Ⓜ			個人番号(マイナンバー)	
	生年月日	年	月	日		
振込口座	金融機関名			支店名		
	銀行・農協 金庫・組合			本店 支店		
	口座種別	口座番号	フリガナ			
	1. 普通 2. 当座		口座名義人			

※うち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。

傷病名	別紙のとおり	発病及び 負傷年月日	□診療報酬明細書のとおり □その他( )	負傷の 経過	□診療報酬明細書のとおり □その他( )
療養内容	別紙のとおり	発病又は 負傷の原因	□診療報酬明細書のとおり □その他( )	療養期間	□診療報酬明細書のとおり □その他( )
療養に 要した費用	円		申請・請求額	円	
療養を受けた病院・診療所・薬局・その他			療養の給付等を受けることができなかった理由		
所在地	別紙のとおり		1. 装具製作者に保険契約がないため 2. 以前加入していた保険の被保険者証を使用したため 3. 医療費を自費により支払ったため 4. 海外療養費 5. 特別療養費 6. その他( )		
名称及び 医師・歯科 医師・薬剤師・ その他の者 の氏名					

\*\*\*\*\* 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・乳
			療養に要した費用額	円
			審査決定額	円

※太枠内のみご記入ください。細枠内は添付書類等を元に職員が代筆させていただきます。他の箇所と同じ印鑑で訂正印を押してください。