




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

申請者欄に世帯主の住所・電話番号・氏名・個人番号(マイナンバー)を記入し、世帯主の印鑑(認印可)を押してください。

※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。
 ※間違えたところは二重線を引き、他の箇所と同じ印鑑で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 		個人番号(マイナンバー) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	
対象者	氏名	岸和田 花子		個人番号(マイナンバー) 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4	
	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	

対象者欄に療養を受けた方の氏名・生年月日・個人番号(マイナンバー)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。

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。

傷病名	別紙のとおり	発病及び負傷年月日	<input type="checkbox"/>
療養内容	別紙のとおり	発病又は負傷の原因	<input type="checkbox"/>
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	
名称及び医師・歯科医師・薬剤師・その他の者の氏名		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()	

***** 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