通知	区分

療養費支給申請書

受付日：　　年　　月　　日／決定日：　　年　　月　　日

療養を受けた者	(フリガナ)			保険者番号	400598		
	氏名			記号・番号	０２９・		
				個人番号			
	生年月日	年　　月　　日	性別	１男　２女	世帯主との続柄		
	診療年月	年　　月	診療日数	日	第三者行為（交通事故等）	１有　２無	
	入院・外来	１入院　　２外来	療養期間	年　　月　　日　から 年　　月　　日　まで			
	保険種別	国保・退職（　本人／家族　） 給付割合（　７・８・９　）	入外区分	１本入・２本外・３六入・４六外・５家入・６家外 ７高入一・８高外一・９高入７・０高外７			

種類	１医科　２歯科　３調剤　４柔整　５補装具　６海外療養費 ７あん摩マッサージ　８はりきゅう　９移送費　１０生血		
傷病名			
診療を受けた医療機関等の所在地			
診療を受けた医療機関等の名称		機関コード	
支給申請の理由			
発病又は負傷の理由			

振込先（世帯主の口座）	銀行 信用金庫 信用組合 共同組合	本店（所） 支店（所）	預金種別	１普通 ２当座 ３その他 （　　）
口座番号		金融機関コード		支店コード
口座名義人（カタカナ）※				

※口座名義人はカタカナで上段より左詰めで記入してください。濁点、半濁点は１文字とし、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり、療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

（宛先）　古賀市長

〒　　年　　月　　日

申請者（世帯主）

住所

氏名　　印　　連絡先

個人番号

※処理欄

療養費に要した費用額		食事回数	
審査認定額		療養費要した費用額	
一部負担額		食事標準負担額	
支給金額			

番号確認欄			本人確認欄			受付
個人番号カード	通知カード	同意	個人番号カード	運転免許証	その他	

保険税
□　完納
□　未納