

被保険者 記号・番号		6 1 4 ・		世帯主名																	
診 療 を 受けた人		(フリガナ) 氏 名		個人番号						申請者との 続 柄											
		住 所																			
		診療期間		自 至				受診資格		一般 ・		(退職被保険者) 本人 ・ 被扶養									
		発病負傷日								診療 日数		日									
		傷病名																			
		受診した 医療機関		名称								診療科									
				所在地																	
		受診状態		入院 ・ 外来		受給証		高齢者 3 割 ・ 高齢者 2 割 ・ 未就学児													
		費用額		円		併用公費又は福祉の名称															
		審査認定額		円		交通事故等の第三者行為				有 ・ 無											
		療養費の 種別		一般診療 ・ 補装具 ・ 柔整 ・ その他 ()																	
療養の給付を 受けなかった 理由		1 海外で旅行 ・ 仕事中などで 1 0 割負担したため 2 補装具製作所が保険契約をしていないため 3 保険証忘れ ・ 紛失で 1 0 割負担／保険証誤使用のため 4 その他 ()																			
受取 口座		☐ 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。 ☐ 振込口座を指定する。																			
1:現金 2:振込		振込先		コード		名称		(フリガナ) 口座名義人													
		金融機関				銀行 信用金庫 信用組合 協同組合															
		支店				支店		口座番号													
		口座種別		普通 ・ 当座 ・ その他 ()																	
点数				総医療費				支給額													
負担率				一部負担額																	

世帯主氏名 (申請者) _____
 代理人住所 _____
 代理人氏名 _____ 個人番号 _____