

保険者番号	1 3 8 3 3 9	療養を受けた者	被保険者名	国保 太郎						
記号・番号	33 - 12 - 1234		生年月日	平成 1 年 1 月 1 日						
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		性別	①. 男	2. 女	入外	①. 入院 2. 外来			
公費負担者番号			給付割合	7割	7割(高齢)	8割	日数	日		
公費受給者番号			資格区分	一般	退職本人	退職扶養	8割(高齢)	9割(高齢)	その他	日
前期高齢者	前期高齢者	療養期間	年 月 日から							
診療年月	年 月		年 月 日まで							
種類	1. 一般診療(海外療養費含む) 2. 補装具 3. 柔整 4. あんま・マッサージ 5. 針灸 7. 移送費 8. その他(生血)									
傷病名									ドル	
診療を受けた医療機関等の所在地									アメリカ	
診療を受けた医療機関名又は施術師										
支給申請をした理由	緊急、その他やむを得ない理由を記入してください。 ※海外療養費、一般療養費(証不携帯、社保遡及喪失など)の場合は理由の記入が必要です。 ※補装具は記入不要。									
発病又は負傷の理由	1. 交通事故などの第三者行為によるものです。 ② 交通事故などの第三者行為によるものではありません。									
療養に要した費用額				食事日数	日					
審査認定額				食事に要した費用						
薬剤一部負担金				食事標準負担額						
一部負担金				支給額						
振込先	金融機関名	アイウ 銀行・信金・JA			支店名・コード	エオ 支店			1 2 3	
	口座種別	① 普通	当座	貯蓄	口座番号	1 2 3 4 5 6 7				
	口座名義人	フリガナ	コ ク ホ	ハ ナ コ	漢字	国 保 花 子				

海外療養費の場合は、
国と通貨を記入してください。

緊急、その他やむを得ない理由を記入してください。
※海外療養費、一般療養費(証不携帯、社保遡及喪失など)の場合は理由の記入が必要です。
※補装具は記入不要。

ゆうちょ銀行の場合は、
通帳1ページ目のコピー
を添付してください。

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いたします。
なお、審査認定後の当該療養費の支給についても、上記口座への振込みを依頼いたします。

令和 2年 1月 1日
(年)

世帯主 住所 小金井市 ●● 町 ● - ● - ●

氏名 国保 花子 印

電話 123-123-1234

個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

(宛先) 小金井市長

(注意事項)

- ① 所要事項はもれなく記入し、記入漏れのないようにしてください。
- ② 被保険者証で治療等を受けることができなかった理由は「法定伝染病」「生血購入」「補装具類」の各費用の請求を除く他は、その理由を詳しく、具体的に記入してください。
- ③ 一般診療(医科・歯科・調剤・海外療養費含む)・生血・補装具の該当のものを○で囲んでください。
- ④ 発病または負傷の原因、特に外傷の場合は具体的に負傷の原因を記入してください。
- ⑤ 第三者行為に係る傷病の場合は別に「第三者行為による傷病届」を添付してください。
- ⑥ 記載事項を訂正した場合には必ず訂正印を押してください。

収受印
