

箱根町長 様

申請者 住所 _____
(世帯主)

氏名 _____ 印

電話番号 _____

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

次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。

療養月 年 月分

医療機関コード														保険種別	1. 国	1. 本入	3. 六入	5. 家入	7. 高入—	9. 高入7															
※設定機関コード															4. 退	2. 本外	4. 六外	6. 家外	8. 高外—	0. 高外7															
給付割合	7割	8割	9割	10割														(療養を受けた) 被保険者氏名																	
保険者番号														個人番号											被保険者証 記号・番号	—									
性別	1. 男	2. 女														生年月日	年 月 日																		
療養種別	01. 一般診療 02. 装具 03. 柔整 04. マッサージ 05. 針灸 06. 移送 08. その他																																		
点数表	1. 医科	3. 歯科	4. 調剤														実日数	日 食事日数 日																	
療養に要した費用	円(点)													傷病名																					
一部負担金														発病又は負傷年月日	年 月 日																				
食事に要した費用														傷病経過																					
食事標準負担額 (薬剤負担金)														療養期間	年 月 日から																				
※査定金額															年 月 日まで																				
支給金額														療養の給付等を受けることのできなかつた理由																					
病院、診療所等の名称及び所在地															傷病の原因	1. 疾病等 2. 第三者行為 3. 業務上の事由・通勤																			

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業共同組合	支店 本店 出張所	預金種目	1. 普通	口座 番号										
				2. 当座											
			(フリガナ)	3. その他											
			口座名義人												

※ 理 欄	支給金額	円										備考									
	受付	上記に基づき支給します。										申請入力	年	月	日						
												決済入力	年	月	日						
												支給日入力	年	月	日						
											決	年	月	日	起案						
											裁	年	月	日	決裁						
												年	月	日	完結						

※欄は記入しないで下さい。

委任状	上記療養費の受領に関する一切に権限を委任します。										委任者(申請者)									
	受任者(口座名義人)										住所									
	氏名										氏名 印									