

被保険者番号（健康保険証に記載されている7桁の番号です）			診療月（複数月にまたがる場合は月毎に申請書が必要です）			振込先名義は世帯主、もしくは療養を受けた本人のものです。			
(令和 元 年 5 月診療分)									
①被保険者証の記号番号		和7・6123456		振込先銀行・支店名		種類	口座番号	預金者名(カタカナ)	
				新宮銀行、春日支店		普当	0123456	シングウ タロウ	
②療養を受けた被保険者			③世帯主との続柄	④傷病名	⑤療養を受けた病院診療所薬局等の名称及び所在地		⑥⑤の病院等で当該月に療養を受けた期間	⑦⑥の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	第三者該当
氏名	新宮 太郎		☒ 本人 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ ()	肺炎	名称 〇〇〇病院		5月1日 ～ 5月21日	57,600円	該当 非該当
生年月日	昭平・令 20年 3 月 9 日				所在地 XX 市 XX 町 1-1				
個人番号	123456789012								
氏名	新宮 愛子		☐ 本人 ☒ 配偶者 ☐ 子 ☐ ()	高血圧	名称 △△△医院		2日間	8,000円	該当 非該当
生年月日	昭平・令 23年 10 月 23 日				所在地 XX 市 11 町 2-1				
個人番号	987654321000								
氏名	新宮 愛子		☐ 本人 ☒ 配偶者 ☐ 子 ☐ ()	高血圧	名称 □□□薬局		1日間	8,000円	該当 非該当
生年月日	昭平・令 23年 10 月 23 日				所在地 XX 市 11 町 3-2				
個人番号	987654321000								
氏名			☐ 本人 ☐ 配偶者						
受診した方の名前、生年月日、個人番号(マイナンバー)、続柄を記入してください。			受診時の病名、医療機関名称及び所在地、該当月内の診療日(もしくは診療日数)、医療機関での支払金額を記入してください。 ※分からない場合は空欄で提出してください。			第三者の行為によるもの(事故やケンカなど相手がいるもの)で受診の場合は該当、それ以外の場合は非該当に○をつけてください。			
生年月日	昭・平・令 年 月 日		☐						
個人番号			☐						
⑧ 備 考									
上記の通り申請します。 令和 元 年 6 月 1 日 世帯主 住所 新宮市 春日 1 - 1 氏名 新宮 太郎 印 新宮市長 電話番号 090-1234-5678									
審 査 決 定						受 付			
費 用 額		他 法 優 先		自 己 負 担					
円									
備考	(台帳： 年 月)								