

被保険者番号（資格確認書または資格情報のお知らせに記載されている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 8 年 5 月診療分)

①被保険者
記号番号

和7・6123456

振込先銀行・支店名

新宮銀行、春日支店

種類

普当

口座番号

0123456

預金者名(カタカナ)

シングウ タロウ

②療養を受けた被保険者

氏名 新宮 太郎
生年月日 昭平・令 30年 3月 9日
個人番号 123456789012

③世帯主
との
続柄

☒ 本人
☐ 配偶者
☐ 子
☐ ()

④傷病名

肺炎

⑤療養を受けた病院診療所薬局
等の名称及び所在地

名称 ○○○病院
所在地 XX市XX町1-1

⑥⑤の病院等で当
該月に療養を受け
た期間

5月1日
～
5月21日

57,600円

第三者該当

該当
非該当

氏名 新宮 愛子
生年月日 昭平・令 33年 10月 23日
個人番号 987654321000

☐ 本人
☒ 配偶者
☐ 子
☐ ()

高血圧

名称 △△△医院
所在地 XX市II町2-1

2日間

8,000円

該当
非該当

氏名 新宮 愛子
生年月日 昭平・令 33年 10月 23日
個人番号 987654321000

☐ 本人
☒ 配偶者
☐ 子
☐ ()

高血圧

名称 □□□薬局
所在地 XX市II町3-2

1日間

8,000円

該当
非該当

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)が原因の場
合は該当へ、それ以外
の場合は非該当へ○
をつけてください。

⑧ 備考

上記の通り申請します。

令和 8 年 6 月 9 日

世帯主 住所

新宮市 春日1-1

氏名

新宮 太郎

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

円

申請者は世帯主です。

備考

(台帳: 年 月)