

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

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

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  
生年月日 昭平令 20年 3月 9日  
個人番号 123456789012

本人  
配偶者  
子  
（ ）

肺炎

名称 ○○○病院  
所在地 XX市XX町1-1

5月1日  
～  
5月21日

57,600円

該当  
非該当

氏名 新宮 愛子  
生年月日 昭平令 23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 23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

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）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。

令和元年6月1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 ）