

# 記入例（療養費）

氏名、生年月日

年齢 医師

健康保険の被保険者番号  
(健康保険証の上段8桁の番号です)

個人番号(マイナンバー)

|         |          |   |   |   |   |   |      |   |        |               |       |   |    |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---------|----------|---|---|---|---|---|------|---|--------|---------------|-------|---|----|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 保険者番号   | 3        | 0 | 2 | 0 | 7 | 0 | 個人番号 | 9 | 8      | 7             | 6     | 5 | 4  | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 |   |    |
| 被保険者番号  | 21012345 |   |   |   |   |   |      |   | 療養を受けた | 被保険者氏名        | 新宮 権作 |   |    |   |   |   |   |   |   |   |    |
| 公費負担者番号 |          |   |   |   |   |   |      |   | 生年月日   | 大 昭 3年 2月 10日 |       |   |    |   |   |   |   |   |   |   |    |
| 公費受給者番号 |          |   |   |   |   |   |      |   | 入外     |               |       |   | 割合 |   |   |   |   |   |   |   |    |
| 診療年月    |          |   |   |   | 年 |   |      |   |        | 月             |       |   |    |   | 年 |   |   |   |   | 日 | から |
| 診療日数    |          |   |   |   | 日 |   |      |   |        | 療養期間          |       |   |    |   | 年 |   |   |   |   | 日 | まで |

病気や個人的な怪我等は 2 へ  
(※加害者のいる事故等であれば1へ)

|                  |                   |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 種類               |                   |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 傷病名              |                   |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診療を受けた医療機関等の所在地  |                   |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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        |                   |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 発病又は負傷の理由        | 1 : 第三者行為 (交通事故等) |  |  |  |  |  |  |  | 2 その他 (自損事故・疾病等) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 【本人の振込先】

銀行名、支店名、預金種別、口座番号、口座名義人(カタカナ)

該当するものをつけてください。該当するものは( )内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

|                    |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |     |  |  |  |  |  |    |      |  |  |      |      |  |  |
|--------------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|-----|--|--|--|--|--|----|------|--|--|------|------|--|--|
| 振込先                | しんぐう      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 銀行 | かすが |  |  |  |  |  | 本店 | (支店) |  |  | 預金種別 | 普通当座 |  |  |
| 口座番号等<br>左詰記載して下さい | 5678901   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |     |  |  |  |  |  |    |      |  |  |      |      |  |  |
| 口座名義人<br>(カタカナ)    | シンクウ コンサク |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |     |  |  |  |  |  |    |      |  |  |      |      |  |  |

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

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します。

令和 3年 6月 1日

和歌山県後期高齢者医療広域連合 様

申請者 住所 新宮市春日 1-1

氏名 新宮 権作

連絡先 0735-23-3333

本人の住所、氏名、  
連絡のつく電話番号