

伊勢原市長 殿

申請者  
(世帯主)

住 所	〒 伊勢原市
氏 名	印
個人番号	
電話番号	

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8	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8	0. 高外7
給付割合	7割 8割 9割 10割	記号・番号	—					
公費負担番号・受給者番号		被保険者氏名						
保険者番号	140152	個人番号						
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. 鍼灸 08. その他				特別療養費	該当・非該当		
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	円	発病又は負傷年月日	年 月 日					
食事に要した費用	円	傷病経過						
食事標準負担額	円	療養期間	年 月 日から					
※査定金額	円		年 月 日まで					
支給金額	円	療養の給付を受けることのできなかった理由						
病院、診療所等の名称及び所在地		第三者行為の有無	有 (届け出を案内する) ・ 無					

振 込 先	銀行・信用組合 信用金庫・農協		本店・支店 支所・営業所	
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	フリガナ 名義人	

委 任 状	上記の医療費の受領に関する一切の権限を委任します。 委任者 (申請者) 住所 伊勢原市			
	受任者 (口座名義人) 住所	氏 名	氏 名	印

※処 理 欄	次のとおり支給決定してよろしいか。 支給金額 円					
	課 長	係 長	担 当	起案年月日	決裁年月日	受付者
	一括決裁処理					