

被保険者 記号番号	名 国	令和 年 月診療分					
療養を受けた 被保険者氏名			個人番号			世帯主から の続柄	
第三者行為 の該当	☐ 有 ☐ 無	療養に要した費用			円		
病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地、医師、歯科医師又は薬剤師の氏名、傷病名及び発病又は負傷の年月日、傷病の経過、療養期間並びに療養内容については、別紙添付書類のとおりとする。							
療養の給付を受けることができなかった理由 (具体的に)☑	☐ 緊急のため ☐ 保険加入手続きが遅れたため ☐ 他保険で受診したため ☐ 資格確認書の切替えが遅れたため ☐ 治療用装具装着のため ☐ その他()						

振替 依頼 預金 口座	金融機関名	☐ 銀行 ☐ 信金 ☐ 支店 ☐ 農協 ☐ 労金 ☐ 出張所		
	預金種類	☐ 普通 ☐ 当座	☐ 座番号	
	☐ 座名義	☐ 通帳やカードの写し		
	フリガナ			

決定金額 費用額(10割)	円
支給金額 保険者負担額 (割)	円
自己負担額 (割)	円

本人確認	1点 ☐ 運免 ☐ マ ☐ 旅 ☐ 在 ☐ 障 ☐ 他 ()	受付担当者
	2点 ☐ 保険証 ☐ 学生証 ☐ 診察券 ☐ 他 ()	