

受付者	受付印

療養費支給申請書兼請求書

(あて先) 八尾市長

該当年月	令和 年 月分
------	---------

被保険者	記号	八国	番号	続柄
療養を受けた被保険者氏名				生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
第三者行為の有無(※交通事故、けんか等第三者の行為による負傷が原因の場合は届出が必要です。)				1.有 2.無

療養を受けた保険医療機関	名称・所在地	1 別紙のとおり	2
療養期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで 日間		
療養費申請項目	1 装具 5 移送費 B 差額償還	2 一般 3 特別 4 海外	1 医科 6 調剤 3 柔整 7 鍼灸 5 歯科 8 訪問
療養の給付を受けることができなかった理由			

※太枠内を記入してください。

上記のとおり申請します。
また、支給金額については支給決定後、下記の金融機関口座に支払われるよう申請します。

令和 年 月 日
世帯主住所 八尾市
世帯主氏名
個人番号
電話番号 ()

振込希望金融機関	銀行 ・ 信用金庫 農協 ・ 信用組合
支店 ・ その他 ()	
普通 ・ 当座	口座番号
口座名義人(世帯主) カタカナで記入	金融機関コード 店番号

健康保険課 記入欄		
費用額[点数]	一部負担金	決定額
円 [点]	円 [うち食事 円]	円
備考	【審査結果(一般・特別・海外)】費用額 円 (点) ⇒ 請求通り ・ 減額	