

保険証区分	バッチ	レセ
一般		
退職本人		
退職扶養		

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	平成	年	月分
被保険者証	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	年	月 日
				個人番号			
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	平成 年 月 日		～	平成 年 月 日		まで	日間
療養費申請項目	1 装具	2 一般	1 医科	6 調剤			
	5 移送費	3 特別	3 柔整	7 鍼灸			
	B 差額償還	4 海外	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。

平成 年 月 日

世帯主住所 八尾市

世帯主氏名 (印)

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	円	
[点]	[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	