

|         |             |   |   |   |   |   |   |      |                         |        |                           |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|---------|-------------|---|---|---|---|---|---|------|-------------------------|--------|---------------------------|------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 保険者番号   | 3           | 9 | 1 | 3 | 1 | 2 | 3 | 0    | 個人番号（マイナンバー）            |        |                           |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / |
| 被保険者番号  |             |   |   |   |   |   |   |      | 療養を受けた                  | 被保険者氏名 |                           |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| 公費負担者番号 |             |   |   |   |   |   |   |      |                         | 生年月日   | 年           月           日 |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| 公費受給者番号 |             |   |   |   |   |   |   |      |                         | 入外区分   | 入院・外来                     | 給付割合 | 割 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| 診療年月    | 年         月 |   |   |   |   |   |   | 療養期間 | 年         月         日から |        |                           |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| 診療日数    |             |   | 日 |   |   |   |   |      | 年         月         日まで |        |                           |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |

|                   |                                           |
|-------------------|-------------------------------------------|
| 種 類               | 1. 一般診療（ 医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ 海外療養費 ）<br>2. 補装具 |
| 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）<br>相手方<br>2：その他（自損事故・疾病等）   |

[illegible]

|                 |                             |                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |                |  |  |  |                  |                                   |  |  |  |  |
|-----------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|
| 公金受取口座          |                             | <input type="checkbox"/> マイナポータルに登録した公金受取口座を利用します（被保険者本人のみ利用可）<br>※マイナポータルに登録した口座を利用する場合は☑を入れ、振込先口座(下記太枠部)は記入しないでください。<br>※公金受取口座を利用できるのは被保険者本人のみです。<br>※マイナポータルに口座を登録していない場合や、被保険者本人以外の方の口座は利用できません。 |  |  |  |  |  |                |  |  |  |                  |                                   |  |  |  |  |
|                 |                             |                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |                |  |  |  |                  |                                   |  |  |  |  |
| 振<br>込<br>先     | 銀　行<br>信用金庫<br>信用組合<br>協同組合 |                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  | 本店・支店<br>(　　　) |  |  |  | 預<br>金<br>種<br>別 | 普<br>通<br><br>当<br>座<br><br>(　　　) |  |  |  |  |
|                 |                             |                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |                |  |  |  |                  |                                   |  |  |  |  |
| 口座番号<br>(左詰め)   |                             |                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |                |  |  |  |                  |                                   |  |  |  |  |
| 口座名義人<br>(カタカナ) |                             |                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |                |  |  |  |                  |                                   |  |  |  |  |
|                 |                             |                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |                |  |  |  |                  |                                   |  |  |  |  |

連絡先