

保 険 者 番 号						連合会確認欄			
1	9	0	0	1	7				

加入制度	本家入外区分				
1国保	1本入	3六入	5家入	7高一入	9高7入
4退職	2本外	4六外	6家外	8高一外	0高7外

決定額					
一部負担額					
支給額					
公費負担	福	障			

申請内訳		0101一般 0103歯科 0104調剤 02補装具 03柔整 04マッサージ 05はり・きゅう 06生血 07移送		
(世帯申請主)	住 所	〒		
	氏 名		個人番号	
	電 話 (連絡先)		生年月日	
被保険者番号		—	性 別	男 女
療養を受けた被保険者氏名			世帯番号	
個人番号			受診者宛名番号	
傷 病 名				
発病負傷 年 月 日				
療養期間 (調剤・施術)				

診療薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局等	所在地 名称
---------------------------	-----------

療養費の支給申請をした理由	1 旅行中発病し、マイナ保険証又は資格確認書を所持していなかった。 2 旅行中発病し、マイナ保険証又は資格確認書を提出したが保険診療をしてもらえなかった。 3 遠隔地でマイナ保険証又は資格確認書を提出したが保険診療をしてもらえなかった。 4 保険診療していない病院・診療所等での診療を必要とした。 5 医師の診断により（治療用器具・生血・移送）を必要とした。 6 その他（ ）	診療調剤又は手当に従事した医師、歯科医師、薬剤師その他の者の氏名

次の口座にお振り込み下さい。	療養に要した費用					
	百万	十万	万	千	百	十 円

振込先金融機関	銀行コード												支店コード				
	銀行名	銀行・農協 信用金庫・信用組合											支店名	支店			
	(右詰前0) 口座番号												口座種別	1 普通 2 当座			
	フリガナ																
	口座名義人																

上記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。	年	月	日
(あて先) 甲府市長	世帯主氏名		