

療養費支給申請書兼請求書

岸和田市長様

下記療養費を申請・請求します。

振込先の口座名義人が申請者(世帯主)と異なる場合には、下記口座名義人を代理人とし、下記指定口座への振込をもって岸和田市からの支払金の受領と認めます。

申請日 年 月 日

記号番号

岸国

(世帯主)申請者	住所	〒596 ー 岸和田市										電話番号	() ー	
	氏名	Ⓜ										個人番号 (公金受取口座を利用する場合のみ記入)		
対象者	氏名											個人番号		
	生年月日	年 月 日												
振込口座	金融機関名										支店名			
	銀行・農協 金庫・組合										本店 支店			
	口座種別	口座番号					フリガナ							
	1. 普通 2. 当座						口座名義人							
☐ 申請者(世帯主)の公金受取口座(公的給付の支給等の迅速かつ確実な実施のための預貯金口座の登録等に関する法律(令和3年法律第38号)第3条第1項、第4条第1項及び第5条第2項の規定による登録に係る預貯金口座をいう。)を利用します。														

備考 公金受取口座を利用する場合は、振込口座の記入は不要です。

振込口座欄に記入がある場合には、記入口座への振込を優先させていただきます。

傷病名	別紙のとおり	発病及び 負傷年月日	☐ 診療報酬明細書のとおり ☐ その他()	負傷の 経過	☐ 診療報酬明細書のとおり ☐ その他()
療養内容	別紙のとおり	発病又は 負傷の原因	☐ 診療報酬明細書のとおり ☐ その他()	療養期間	☐ 診療報酬明細書のとおり ☐ その他()
療養に要した 費用	円		申請・申請額	円	
療養を受けた病院・診療所・薬局・その他			療養の給付等を受けることができなかった理由		
所在地			1. 装具製作者に保険契約がないため 2. 以前加入していた保険の被保険者証を使用したため 3. 医療費を自費により支払ったため 4. 海外療養費 5. 特別療養費 6. その他()		
名称及び 医師・歯科 医師・薬剤師・ その他の者の 氏名	別紙のとおり				

***** これより下は記入しないでください *****

本庁受付	センター受付	受 付	給付割合	7割 ・ 8割 ・ 9割
		本庁処理	退職区分	一般・退職(本人)・退職(扶養)
			適用医療	一般・一負・障・ひ親・子
			療養に要した費用額	円
			審査決定額	円
口座名義人が申請者名と異なる場合(訂正時は要押印)申請者の押印に代わる本人確認を、下記により確認する 写真付き<1部> ☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ その他() 写真無し<2部> ()・() () 健康保険課				2026.06

※申請者(世帯主)名義の口座に振り込む場合、申請者印は省略できます。
※太枠内のみご記入ください ※間違えたところは二重線を引き、訂正印を押してください。