

# 記入例

※赤字の箇所をご記入ください。

費・コルセット・柔整・マッサージ・はりきゅう・海外療養費  
般・前期(65~69歳)・高齢2割・高齢3割・未就学児

## 食療養費支給申請書

記号番号	館 ○○○○○	療養を受けた被保険者氏名	館林 太郎						男 女	世帯主との続柄	本人			
		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
		生年月日	○○・○・○○						生					
傷病名	○足偏平足等						診断書に書かれている病名を記入してください。						日から	日まで
発病・負傷年月日	年 月 日												日間	
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、薬局その他の名称	○○病院 等													
診療又は調剤に従事する歯科医師又は薬剤師の氏名	マイナポータルより口座を登録されている方がご利用になれます。(世帯主名義の口座になります)													
療養に要した費用	円													

公金受取口座を利用(利用する者は口座情報の記入不要) ※公金受取口座を利用する場合は世帯主の口座となります。

口座振込先	金融機関名	○○ 銀行・労働金庫・信用金庫・農協・信用組合						本店・支店・出張所・本所・支所
	預金の種別	普通・当座・貯蓄						
	口座	店コード	フリガナ				口座番号	1234567
	フリガナ	タテバヤシ タロウ						世帯主との続柄
	口座名義人	館林 太郎						本人

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

住所 館林市 新宿 ○-○-○

氏名 館林 太郎

電話 (0276) 72 ○○○○

個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

館林市長 多田 善洋 様

第三者行為該当
---------

年 月診療	福祉(有・無)
費用額 ①	円
一部負担金(1割・2割・3割) ②	円
支給額 (①-②) ③	円