

被保険者記号番号										(	年	月	診療分)
療養を受けた 被保険者	氏 名							個人番号					
	生年月日	年 月 日							世帯主との続柄				
傷病名					発病又は負傷の年月日				年 月 日				
診療、薬剤の支給又は手当てを受けた病院、診療所、薬局その他の者		名 称											
		所在地											
		診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名											
傷病の原因及び経過													
傷 病 の 経 過													
療養期間並びに療養内容		年 月 日から 年 月 日まで (日間の入院・入院外)											
種 類		1. 一般診療 2. 治療用補装具 3. その他 ()						療養につき算定 した費用の額		円			
振込先 口座	金融機関名	銀行・金庫・信組・農協 本店・支店											
	預金種別	☐ 普 通 ☐ 当 座						口 座	フリガナ				
	口座番号							口 座 名義人	氏名				
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。													
なお、振込先の口座名義人が申請者（世帯主）と異なる場合には、上記の口座名義人を代理人とし、受領に関する権限を委任します。													
年 月 日 住所													
竹田市長 様 申請者（世帯主）氏名													
個人番号 電話番号													

市 の 記 入 欄	窓口に来た方	☐ 世帯主 ☐ 同一世帯員 ☐ 代理人		個人番号確認	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 住民票 ☐ 公簿	
	窓口に来た方の本人確認	☐ 写真付き1点確認> ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 旅券 ☐ 身障手帳 ☐ 在留カード ☐ () ☐ 写真なし2点確認> ☐ 資格確認書等 ☐ 年金手帳 ☐ 身分証明書 ☐ ()				
	代理権の確認	☐ 戸籍謄本(法定代理人) ☐ 委任状 ☐ 委任状省略(同一世帯員) ☐ 本人しか持ち得ない書類 ()				
	資格確認	☐ 一般 ☐ 高齢者(☐ 2割 ☐ 3割) ☐ 未就学児				
	給付区分	1. 一般診療 2. 補装具 3. その他 ()				
	添付書類確認	☐ 領収・明細書 ☐ 医師の同意(意見・指示)書 ☐ 装具の装着証明書 ☐ 診療報酬明細書 ☐ 海外療養費は、パスポートの写し、領収書、診療内容明細書、翻訳文				
	審査認定金額	一部負担金		他法負担額		支給決定額
	円	円		円		円

○療養費支給申請書に添付する書類

給付の種類	添付書類
事故や急病で、やむを得ず保険証を持たずに診療を受けたとき（医科、歯科）	☐ 病院等が発行した診療報酬明細書 ☐ 医療費の領収書
治療のために医師の指示にもとづき、コルセット、膝サポーター、義手、義足、義眼などの治療用装具を作成したとき	☐ 医師の意見書及び装具装着証明書 ☐ 補装具の領収書（内訳の記載のあるもの）
治療のために医師の指示にもとづき、弾性ストッキング等（四肢リンパ浮腫治療者用、乳がん、子宮悪性腫瘍等の術後者用）を購入したとき	☐ 医師の弾性着衣等装着指示書 ☐ 領収書（内訳の記載のあるもの）
治療のために医師の指示にもとづき、治療用メガネ、コンタクトレンズ（9歳未満の小児用）の作成・購入したとき	☐ 医師の作成指示書 ☐ 領収書（内訳の記載のあるもの）
海外で診療を受けたとき《海外療養費》 （日本で保険適用となっていない医療行為、治療目的の渡航による医療費は対象外）	☐ 海外の病院等が発行した診療内容明細書 ※外国語で作成されている場合には、翻訳文を添付 ☐ 医療費の領収書 ※外国語で作成されている場合には、翻訳文を添付 ☐ パスポート