

受

□一般 □退職 () 公費: □なし □あり ()

見本
(装具)

必要添付書類

- ・治療用装具製作指示装着証明書
- ・領収書
- ・明細書 (領収書に明細が記載されている場合は不要)

健康保険療養費支給申請書

(申請先) 茨木市長

下記のとおり、療養に要した費用に関する別紙証憑書
振込先の口座名義人が申請者(世帯主)と異なる場合
下記指定口座への振込をもって茨木市からの支払金を

世帯主が自署される場合は
押印不要です

申請者 住所 茨木市駅前〇丁目△番□号
(世帯主) 氏名 (世帯主) 茨木 一郎

〇〇年 〇〇月 〇〇日

電話番号 (〇〇〇)〇〇〇〇-〇〇〇〇

被保険者証 記号 番号	茨国 〇〇〇〇〇〇〇		
療養を受けた 被保険者氏名	茨木 花子	生年月日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日生
傷病名	〇〇〇〇〇〇〇〇症		
療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間		
交通事故等の第三者行為	有・ 無	装具等装着指示日	〇〇年〇〇月〇〇日
診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地			
医療機関名	〇×病院	医師又は、薬剤師の氏名	〇× □△
所在地	〇〇市〇〇町□番×号		
傷病の原因			
傷病の経過	療養の内容	療養に要した費用	
通院 もしくは 入院	〇〇〇〇〇〇装具	〇〇,〇〇〇 円	
備考 :			

口座振替依頼先

金融機関名	支店名	種目
〇× 銀行 信用金庫 信用組合 農協	△□ 支店	普通(総合) 当座
		口座番号
		0 1 2 3 4 5 6
フリガナ	イバラキ イチロウ	
口座名義人	名義人 茨木 一郎	

※ 年 月 月末日支払予定

整理番号