								仓堰	後期 療養費	支 給		療 書												
受付日 決定日			年年						日 日															
保険者番号	3	9	1	3	2	0	2	2	個人番号	(マイナ	ンバー)													
被保険者番号										被保険	食者氏名							•	·		·	·		
公費負担者番号							療養を 受けた	生年月日		T • S			年			月				3				
公費受給者番号										入夕	卜区分	入院・外列			来	給付割台			合			割		
診療年月	診療年月				Ē.		月		<b>岭</b> 美	療養期間			年  月						日 から					
診療日数	日						原食	/水(民分][刊			年 月 日 まで													
· 種 		類																						
傷病病	傷 病 名							別紙の通り																
診療を受けた医療機関		別組	その通	重り																				
診療を受けた医療機関名又は施術師				別紙の通り																				
支給申請をし	たま	理由																						
発病又は負傷	の 3	理由																						
療養に要した	費月	月額								食	事	E	ij	数										
	定 担	額金									養に要 事 標													
支 給 金	Ì	額																<u>.                                      </u>	<u> </u>					
該当するものに〇	_																				更でで	f		
□マイナポータルに登録した公金受取口座を利用します (被保険者本人のみ利用可)  公金受取口座  公金受取口座  ※マイナポータルに登録した口座を利用する場合は②を入れ、振込先口座(下記太枠部)は記入しないでください。 ※公金受取口座を利用できるのは被保険者本人のみです。 ※マイナポータルに口座を登録していない場合や、被保険者本人以外の方の口座は利用できません。																								
振							銀行								本店・支店			預普通						
込									信用金庫 信用組合		<u> </u>						( )			金   当座				
先				-					協同組合									别		(		)		
口座番号 (左詰め)																			,					
口座名義人																								
(カタカナ)																								
口座名義人欄は、												濁点に	ま1 字	: ごとし	して、	姓と	名の	間は	1字	ェ 空け	てく	ださい		
上記のとおりに療			た ま り			する 日	5証技	処書	類を添えて	申請し	ます。													
東京都後期高						•																		
				_			申請	者	<u>住</u>	Í												_		
	氏 名																							
																						_		
									連絡先	1												_		