

保険者番号	1 2 0 1 6 2	被保険者名	(療養を受けた)					
被保険者番号	1 6 -	生年月日	3.昭	4.平	5.令	年	月	日
公費負担者番号		入院外来	1. 入院 2. 外来		日数		日	
受給者番号					食事回数		回	
個人番号		第三者行為	1. 有 2. 無					
保険制度	国保	給付割合	7割 8割					
高療養を受けた方の氏名、生年月日、 個人番号(マイナンバー)を記載してください。		療養期間	4. 平成 5. 令和		年	月	日から	
			4. 平成 5. 令和		年	月	日まで	
療養費種別	01. 一般診療 (1. 海外療養費) 02. 療養 05. はり・きゆう 06. 看護 07. 移送	傷病の原因は、事故等によるものですか。 該当の番号に○をしてください。 ※事故等による傷病で他の人が原因の場合、 原則として加害者が負担すべきもので、 医療費は加害者に請求させていただきます。 ※「有」の場合は、事故等の状況調査に御協力ください。						
傷病名		発病又は、 負傷の原因			長期 第2別	長期高額 1. 低Ⅰ 2. 低Ⅱ		
診療を受けた医療機関 等の所在地及び名称								
申請の理由								
世帯主名義の銀行口座について 記載してください。 ※記載誤りの場合は訂正印が 必要です。		支 審 審	登録済の公金受取口座を利用 する場合は、チェックマーク(☑) を記載してください。					
食事標準負担額(E)								
振込先	☐ 公金受取口座を利用する(利用する者は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出が不要になります。							
	☐ 振込口座を指定する							
	銀行名/コード		支店名/コード		支店			
	口座番号		預金種目	1. 普通 2. 当座 3. 別段 4. 貯蓄預金 9. 他				
	口座名義人	フリガナ						
	備考							
公金受取口座を登録していない、または 利用しない場合は、チェックマーク(☑)を 記載の上、振込先を記載してください。								
世帯主 住所 氏名 印 個人番号 電話番号 習志野市長 宛て								
申請は受診日時点での世帯主と なります。 口座情報を訂正する場合は 世帯主氏名の横に押印ください。								
個人番号(マイナンバー)を記載してください。								