

※赤字部分を記載願います。

被 保 険 者 証 記 号 番 号			標準-123456			受診年月			令和〇年〇月			
世 帯 主 氏 名			標準 太郎									
療養を受けた被保険者氏名			標準 花子									
個 人 番 号		〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
療養を受けた医療機関等			区分		支払金額			発症または負傷の理由				
〇〇病院			外来		30,000 円			1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）				
〇〇薬局			外来		25,000 円			1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）				
					円			1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）				
					円			1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）				
支払った金額の合計					55,000 円							
自 己 負 担 限 度 額					円							
高額療養費支給見込額					円							
振込先金融機関名		〇〇銀行										
支 店 名		〇〇支店			口座種別			普通 ・ 当座 その他（ ）				
口 座 番 号		〇〇〇〇〇〇〇			(フリガナ) 口座名義			しべつ たらう 標準 太郎				

上記のとおり申請します。

〇〇年 〇〇月 〇〇日 世帯主住所 標津町〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

氏 名 標 津 太 郎 印

連絡先 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

標津町長 様