

申請内容確認用データ

被保険者F	被保険者F	被保険者F	性別	生年月日	住所	受付日	申請者氏i	被保険者と	連絡先	郵便番号	申請者住F	療養種類	診療年月	給付区分					
〇〇	太郎	〇〇	タロ	〇〇〇〇	〇	男	昭和03年0	沖縄県〇	〇	平成20年0	〇〇	太郎 本人	098-123-(	901〇〇〇	沖縄県〇	〇	補装具	平成20年0	外来9割
〇〇	次郎	〇〇	ジロ	〇〇〇〇	〇	男	昭和05年0	沖縄県〇	〇	平成20年0	〇〇	次郎 本人	098-234-(	901〇〇〇	沖縄県〇	〇	補装具	平成20年0	外来9割

給付区分の右側に続く。

支払先	医療機関	医療機関i	給付割合	費用額	支給金額	支払方法	金融機関i	金融機関F	預金科目	口座番号	名義人		
被保険者	47〇〇〇	〇〇	クリニ9	114227	102804	金融機関	〇〇	銀行	〇〇	支店	普通	12345〇〇〇〇	タロウ
被保険者	47〇〇〇	〇〇	大学F9	258711	232839	金融機関	沖縄県〇	〇	〇〇	支店	普通	23456〇〇〇〇	ジロウ