

様式第1（第2条関係）

療 養 費 支 給 申 請 書									
被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	島72	療養を受けた 被保険者氏名		一般 ☐ 退職 ☐					
		生年月日		昭・平 年 月 日					
		個人番号							
傷 病 名			療 養 期 間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日 間					
発 病 又 は負傷 年 月 日	平成 年 月 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									
診療又は調剤に従事した医師、 歯科医師又は薬剤師の氏名									
療養の給付を受 けることができ なかった理由			傷病の原因			療 養 に 要 し た 費 用			
			傷病の経過						
			療 養 内 容						
医 師 意 見 欄	傷 病 名								
	補装具装用に ついての意見								
		装具の装着日 平成 年 月 日				その日は 入院・外来			
		平成 年 月 日				医師 住 所 氏 名 個人番号 電話番号 ⑩			
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 平成 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 個人番号 電話番号 三春町長 殿 ⑩									

受領方法及び 金融機関名	・現金払	・口座振替払	支店 支所 (普通・当座)
	(名 義 口座番号)	銀行・金庫 農協 () ()	