

療 養 費 支 給 申 請 書

被保険者証 の記号番号(枝番)	島72 - ()	療養を受けた 被保険者氏名				
		生年月日	年	月	日	
		個人番号				
傷病名		療養期間	年	月	日から	
発病又は負傷 年 月 日	年 月 日		年	月	日まで 日間	
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	<input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 第三者行為	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	年	月	日	その日は 入院・外来
		年	月	日	医師 住 所 氏 名 (印)	
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。 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 個人番号 電話番号 (印) 三春町長 殿						

受領方法及び 金融機関名	・現金払	・口座振替払	
	銀行・信用金庫・信用組合 農業協同組合・協同組合		支店・支所・出張所 (普通・当座)
	(口座名義人 [カナ])	[]
	(口座番号)	