

療養費支給申請書

被保険者証の記号・番号	島 13-	療養を受けた被保険者氏名	被保険者名				
傷病名		個人番号					
発病又は負傷年月日		療養期間		年	月	日から	
				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ていた医師、歯科医師、又は薬剤師の氏名							
療養の給付を受けることが出来なかった理由	傷病の原因		交通事故等の第三者行為の有無	有 ・ 無			
	傷病の経過		療養に要した費用				
	療養内容						
				円			
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 ・ 来院	
		年	月	日			
		医師	住所				
		氏名		㊟			
口座振替依頼書 下記により口座振替依頼します。			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				
振替金融機関名			年 月 日				
金庫 ・ 銀行 ・ 農協			世帯主 住所 桑折町大字				
口座番号 普			字 番地				
(7桁)			氏名 ㊟				
口座名義人			個人番号				
			電話番号 - -				
			桑折町長 様				
総費用額		他法優先		一部負担金相当額		療養費支給額	
円		円		円		円	