

療養費支給申請書

被保険者証の 記号番号	島70-	療養を受けた 被保険者氏名							
		個人番号							
傷病名		生年月日	年	月	日				
発病又は負傷 年月日	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 ることができなかつた理由	<input type="checkbox"/> 治療用装具	傷病の 原因		療養に要した費用	円				
	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者等 資格喪失	傷病の 経過							
	<input type="checkbox"/> 被保険者証の不提出 <input type="checkbox"/> 療養取扱機関以外の 医療機関 <input type="checkbox"/> 生血 その他( )	療養 内容							
医師の 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	住所						
		医師氏名					印		
第三者行為		該当 ・ 非該当		備考					
振込 口座	銀行・農協 金庫・組合	支店 本店	普通 当座	口座番号					
				フリガナ					
				口座名義					
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 浅川町大字 字									
氏名 印									
浅川町長 様									