

## 療養費支給申請書

被保険者証等の記号番号	島4 1 2 3 4 5 6 7 8 9	療養を受けた被保険者の氏名	一般被保険者 退職被保険者等	須賀川 太郎	
傷病名 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	須賀川市 番地 病院	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	旅行中に具合が悪くなり、医療機関で診療してもらったが、保険証を持参していなかった。	傷病の原因	熱射病	療養に要した費用 10,000円	
		傷病の経過			
		療養内容	問診等		
医師の意見欄	傷病名	補装具代の療養費申請の際、事前に医師に記入してもらってください。			
	補装具装着についての意見				
	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		
備考	医師意見日は、補装具を必要と診断した日となります。装着日の次の日以降とはなりません。		口座 振込	金融機関 口座番号	銀行 支店 普通 0000001
	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。(スカガワ タロウ)				
年月日		世帯主 須賀川市八幡町135 須賀川 太郎 電話 -			
須賀川市長					

## 療養費支給決定伺

下記のとおり決定してよろしいか伺います。

課長		課補長佐		係長		係員	
伺年月日	年月日		決裁月日	年月日			
療養に要した費用 (A)	審査結果の増減額 (B)	審査決定費用額 (C) = (A) - (B)		費用総額 (D)	決定金額 E = (D) × 給付率		
円	円	円		円	円		
処理	資格の有無	有・無	整理簿の記載	通知年月日	支払年月日	給付記録の記載	