

療 養 費 支 給 申 請 書

被保険者証等の記号番号	島4—	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
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		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 円
	傷病の経過		
	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	その日は 入院・外来
		年 月 日	
		医師住所 氏名	印
備考	口座振込	金融機関	
		口座番号	
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 印 個人番号 <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> 電話番号 (代理人) 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	