

療 養 費 支 給 申 請 書

被保険者 記号・番号	島 4 -		療養を受けた 被保険者の氏名 及び生年月日	一般被保険者 ・ 退職被保険者等																					
傷病名 傷病又は負傷 年 月 日	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	<div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">別紙 治療用装具製作指示装着証明書のとおり</p> </div>																							
	装具名称																								
	補装具装用に ついての意見																								
医療機関名称 所在地		担当医師名																							
交通事故等の第三者行為		有 ・ 無																							
振込 口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します (マイナポータル等から登録した口座を利用される方) ※公金受取口座への振込を希望する場合は、上記のチェックボックスに「 <input checked="" type="checkbox"/> 」マークを入れ、以下の口座 情報欄に記載する必要はありません。																								
	金融機関名 支店等名	銀行・農協 信金・信組	本店	預金別 口座番号	普 ・ 当																				
				口座名義 (カタカナ)																					
備 考																									
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。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 住 所 世帯主 氏 名 個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 電話番号 (代理人) </div>																									
須賀川市長																									