

様式第1 (第2条関係)

療 養 費 支 給 申 請 書

被保険者証 の記号番号		療養を受けた 被保険者氏名	一 般 被 保 険 者	
傷 病 名			退 職 被 保 険 者 等	
発病又は負 傷年月日	年 月 日	療 養 期 間	年 月 日 年 月 日	から 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	傷病の原因		医 療 に 費 用	
	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	年 月 日	その日は 入院・外来
		年 月 日		
住 所 医 師 氏 名				
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 (申請者) 氏 名 電 話				
提出者 <input type="checkbox"/> 世帯主の提出 (世帯主と異なる場合)				
住 所 氏 名 (世帯主との関係) 電 話				
檜葉町長				