

療養費支給申請書

被保険者 記号・番号	—	療養を受けた 被保険者氏名				世帯主との続柄				
						性別				
一般・退職の別	一般 ・ 退本 ・ 退扶	生年月日	昭・平・令	年	月	日	個人番号			
療養内容	医科 ・ 装具 ・ 柔整 ・ マッサージ ・ はりきゆう ・ その他()									
傷病の原因	業務上 ・ 第三者行為により ・ その他									
診療・薬剤の支給または手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地										
診療または調剤に従事した医師、歯科医師または薬剤師の氏名	(別紙診断書のとおり)									
傷病名	(別紙診断書のとおり)	療養期間	平成・令和					年	月	日から
発病・負傷年月日			平成・令和					年	月	日まで
傷病の経過		療養の給付を受けることができなかった理由	現物給付外 その他 ()							
療養に要した費用	円	振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 支所				
支給決定額	円		種別	普通 ・ 総合 ・ 当座						
			口座番号						
審査年月日	年 月 日		(ふりがな)	-----						
		口座名義人 (世帯主)								

※世帯主名義以外の口座に振り込む場合は委任状が必要です。

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。

令和 年 月 日

世帯主住所 一関市

世帯主氏名

個人番号

電話番号

一 関 市 長 様

受付支所名(本庁は「本」)	担当
本・花・大・千・東・室・川・藤	