

療 養 費 支 給 申 請 書		区分	未 就 学 ・ 若 人 ・ 高 現 ・ 高 2	
		公費	障 ・ 母 ・ 乳 ・ な し	
被保険者の 記 号 番 号	2 7 0 1 4 0	診療を受けた一般		
	佐 国 一	被保険者氏名	世 帯 主 と の 続 柄	
傷病名		生年月日	(S ・ H ・ R 年 月 日)	
		療 養 期 間	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間	
発病・負傷 年 月 日	令和 年 月 日			
診療、薬剤の支給又は手当てを受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地				
診療又は調剤に従事した医師歯科医師又は薬剤師の氏名				
診療の給付 を受けることが できなかった理由		発病の原因		療養に要した費用
		傷病の経過		
			療養内容	
備 考	採 寸 日 令和 年 月 日			
	装具装着日 令和 年 月 日 (入院・入院外)			
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙の証拠書類を添えて申請します。				
令和 年 月 日				
住所 泉佐野市				
世帯主				
氏名				
(TEL)				
泉佐野市長 殿				

添付書類(1)診療報酬明細書(2)領収書(3)意見書(4)装着証明書

医科・歯科(1)(2) 装具(2)(3)(4)

支払方法	窓口・口座振込	預金種目	普 通・当 座・貯 蓄
口座振込先	銀行・信用金庫	口座番号	
	農協・信用組合	フリガナ	
	支店 支所	口座名義	

本請求に基づく療養費の受領に関する権限を上記口座名義人に委任します。

令和 年 月 日

世帯主

