

療養費支給申請書		一般		領収書		要・不要		
		退職		区分	未就学・若人・高現・高一			
				公費	老・障・母・乳・なし			
被保険者証 の記号番号	270140		診療を受けた 被保険者氏名				世帯主 との続柄	
傷病名	佐国一		個人番号					
傷病名			生年月日	(年 月 日)				
第三者行為によるものですか	はい・いいえ		療養期間	年 月 日から 年 月 日まで				
発病負傷 年月日	年 月 日			日間				
診療、薬剤の支給又は 手当を受けた病院、診療 所、薬局その他の者	名称							
	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				
	傷病の経過			保険給付額				
	療養内容							
備考	採寸日	年 月 日						
	装具装着日	年 月 日 (入院・入院外)						
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 泉佐野市</p> <p style="text-align: right;">世帯主 _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 (印)</p> <p style="text-align: right;">(個人番号)</p> <p style="text-align: right;">(TEL)</p> <p style="text-align: left;">泉佐野市長 殿</p>								

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。

世帯主

(印)