

療養費支給申請書

被保険者証 の記号番号	島 39 -	療養を受けた 被保険者氏名	一般被保険者	
			退職被保険者等	
傷病名		療養期間	平成 年 月 日から	
			平成 年 月 日まで	
発病又は負傷年月日	平成 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、薬局等の名称及び所在地				
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事が できなかった理由	傷病の原因		療養に 要した 費用	
	傷病の経過			
	傷病の内容			
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	平成 年 月 日	その日は 入院・外来
		平成 年 月 日		
		医師 住所 氏 名 印		
備 考	<input type="checkbox"/> 座	金融機関		
	<input type="checkbox"/> 振込	口座番号		
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。				
平成 年 月 日				
世帯主 住所				
氏 名				
猪苗代町長 様 (連絡先TEL) 印				