

療 養 費 支 給 申 請 書

①被保険者証の 記号番号	み柴 A	②療養を受けた 被保険者等の氏名	
③世帯主との 続柄		④個人番号	
⑤発病負傷 年月日	平成 年 月 日	⑥療養期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間
⑦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		名称	
		所在地	
⑧ 被保険者証を 提出しなかった 理由			
⑨ ⑥の期間に受 けた療養に対 し病院等で支 払った一部負 担金の額	円	⑩ 世 帯 主 の 振 込 先 口 座	
		銀 行 名	
		支 店 名	
		預 金 種 別	普通 ・ 当 座 ・ 貯 蓄
		口 座 番 号	
		(フリガナ) 預 金 名 義 人	
⑪ 備 考			

上記のとおり申請します

平成 年 月 日

申請者（世帯主）住 所
氏 名
個人番号
電話番号

印

代理人 住 所
氏 名
電話番号

印

柴田町長 殿