

# 療 養 費 支 給 申 請 書

|                                          |         |                 |                       |
|------------------------------------------|---------|-----------------|-----------------------|
| ① 被保険者の記号番号                              | み柴<br>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                                 | 年 月 日   | ⑥療養期間           | 年 月 日から<br>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資格確認書を提出しなかった理由                         |         |                 |                       |
|                                          |         |                 |                       |
|                                          |         |                 |                       |
| ⑨<br>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)<br>預金名義人 |                       |
| ⑪ 備考                                     |         |                 |                       |

上記のとおり申請します

年 月 日

申請者（世帯主）住 所  
氏 名  
個人番号  
電話番号

代理人 住 所  
氏 名  
電話番号

柴田町長 殿