

療養費支給申請書

被保険者証記号番号		大																					
療養を受けた被保険者	氏名	生年月日																					
	個人番号	世帯主との続柄																					
傷病名	療養期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間																				
発病・負傷 年 月 日	年 月 日	交通事故等の 第三者行為	有 ・ 無																				
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、歯科医師又は調剤師の氏名																							
療養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 円																					
	傷病の経過																						
	療養内容																						
備考																							
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(宛先) 大泉町長</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p> <p style="text-align: center;">電話</p> <p style="text-align: center;">個人番号</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p>下記の口座へ振り込みください。</p>																							
金融機関名	振込銀行	銀行・金庫 組合・農協	口座番号	普当																			
		支店 支所	名義人 カナ 漢字																				

受付者	
-----	--