

# 療 養 費 支 給 申 請 書

01 一般診療・02 治療器具・03 柔道整復術・04 按摩・マッサージ  
05 鍼・灸・06 看護料・07 移送料・08 その他

年 月 分

|          |          |              |
|----------|----------|--------------|
| 一般<br>退職 | 本人<br>家族 | 給付割合<br>789割 |
|----------|----------|--------------|

|            |   |   |   |   |   |  |              |       |     |  |  |  |  |  |  |
|------------|---|---|---|---|---|--|--------------|-------|-----|--|--|--|--|--|--|
| 老人医療の受給者番号 |   |   |   |   |   |  |              | 保険者番号 |     |  |  |  |  |  |  |
| 氏 名        |   |   |   |   |   |  | 保険者名         |       |     |  |  |  |  |  |  |
| 性別・生年月日    | 男 | 女 | 年 | 月 | 生 |  | 被保険者<br>記号番号 | 記 号   | 番 号 |  |  |  |  |  |  |
|            |   |   |   |   |   |  |              |       |     |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                                               |                           |  |   |   |      |        |  |     |  |    |         |  |    |    |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--|---|---|------|--------|--|-----|--|----|---------|--|----|----|----|
| 傷病名                                                                                                                           |                           |  |   |   |      |        |  |     |  |    | 転 帰     |  |    |    |    |
|                                                                                                                               |                           |  |   |   |      |        |  |     |  |    |         |  | 治癒 | 死亡 | 中止 |
| 発病負傷年月日                                                                                                                       | 年                         |  | 月 | 日 | 療養期間 | 日から    |  | 日まで |  | 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等の氏名                                                                                                   |                           |  |   |   |      |        |  |     |  |    |         |  |    |    |    |
| 療養の給付を受けることができなかった理由                                                                                                          | ①医師の診断により補装具を作成装着したもの     |  |   |   |      |        |  |     |  |    | 発病の原因   |  |    |    |    |
|                                                                                                                               | ②医師の同意によりマッサージ（鍼・灸）をうけたもの |  |   |   |      |        |  |     |  |    | 傷病の経過   |  |    |    |    |
|                                                                                                                               | ③看護料                      |  |   |   |      |        |  |     |  |    | 療 養 内 容 |  |    |    |    |
| ④その他（具体的に                                                                                                                     |                           |  |   |   |      |        |  |     |  |    |         |  |    |    |    |
| 療養に要した費用                                                                                                                      | 円                         |  |   |   |      |        |  |     |  |    |         |  |    |    |    |
| 備 考                                                                                                                           | 年                         |  | 月 | 日 | No.  | 同意書提出済 |  |     |  |    |         |  |    |    |    |
| <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（領収書及び診療内容の明細書）を添えて申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>(世帯主)</p> <p>(受給者) 氏名 ㊦</p> <p>越知町長 様</p> |                           |  |   |   |      |        |  |     |  |    |         |  |    |    |    |

注 ①傷病が第三者の行為によるときは、その旨申し出てください。  
②暦月ごとに作成すること。

|     |           |      |      |      |  |
|-----|-----------|------|------|------|--|
| 振込先 | 金融機関名     | 銀行   | 支店   | カナ   |  |
|     |           | 信用金庫 |      |      |  |
|     |           | 農協   | 支所   | 名義人  |  |
|     | 預金口座・口座番号 | 1 普通 | 2 当座 | 口座番号 |  |