

療 養 費 支 給 申 請 書 (第 回)

年 月 日

伊 方 町 長 様

世帯主 住所 伊方町

氏名

(〒 7 9 6 -) (電話 -)

別紙証拠書類を添えて医療費の申請をします。

保 険 者 番 号		3 8 0 9 0 7		世帯主との続柄			
記 号 番 号				国		保 区 分	
受 給 者	氏名			一 般 退職本人 退職扶養			
	生年月日 年 月 日生			発病の原因		1. 第三者傷害 2. そ の 他	
発病・負傷		年 月 日		医療の期間		年 月 日～ 年 月 日 日間	
(医療の種類)				(添付すべき証拠書類)		療 養 に 要 し た 費 用 円	
1. 看護 領収証・意見書・看護証明書							
2. 治療用装具 領収証・診断書							
3. あんま・マッサージ 領収証(明細書)・同意書(診断書)						一 部 負 担 額 円	
4. はり・きゅう 領収証(明細書)・同意書(診断書)							
5. 柔道整復 領収証(明細書)							
6. その他() 領収証・診断書等						※審査決定額 円	
7. 一般診療 医・歯・薬 領収証・明細書(レセプト)							
一般診療を受けた理由						審 査 済 印	
医療を受け た ところ		医療機関等 所在地 名 称 氏 名					
取引銀行等 の預金口座		有 ・ 無	受取 口座	銀行 農協 本・支店	当 ・ 普	口座番号	口座名義人(か)
※ 支 給 決 定 伺	1. 承認する。		支給決定年月日		年 月 日		支給決定額
	2. 不承認(理由)					円	
	決済欄						

注：審査決定額 = 費用額 - 一部負担金