療　養　費　支　給　申　請　書

療養を受けた被保険者氏名			世帯番号	四国	
個人番号					
生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日		世帯主との続柄		
診療年月	平成 令和　　年　　月	診療日数　　日		入院 外来	割合 割
申請の理由	1. 装具装着　　2. 柔整・接骨　　3. 医　療 4. その他（　　）				
発病・負傷の原因	1. 第三者行為によるもの　　2. その他				
傷病の経過	1. 治　癒　　2. 加療中　　3. 中　止				
傷病名	別紙のとおり				
発病・負傷年月日					
療養期間及び療養の内容					
医療機関の名称及び所在地					
診療又は調剤に従事した医師・歯科医師・調剤師の氏名					
療養に要した費用（申請額）	円	支給予定額（保険給付分）	円		

上記のとおり療養に要した費用に関する書類を添えて申請します。

令和　　年　　月　　日

四條畷市長　あて

住　　所

世帯主氏名

個人番号　（　　）

電話番号　　－　　－

振込先	銀　行	支　店	預金種目	口座番号	口座名義人（カタカナ）
			普通 当座		