

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										