

様式第 10 号の 1—ア (第 3 条関係)

療養費支給申請書 (年 月分)

年 月 日

宇和島市長 様

申請者 住 所
氏 名
個人番号
(〒 ー) (電話 ー)

別紙証拠書類を添えて療養費の申請をします。

保険者番号		世帯主との続柄					
被 保 険 者 証 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		発 病 の 原 因	1 第三者傷害 2 その他			
	個 人 番 号						
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		領収書・意見書・看護証明書		一 部 負 担 金	円		
2 治療用装具		領収書・診断書(意見書等)					
3 柔道整復		領収書・明細書		※ 審 査 決 定 額	円		
4 その他()		領収書・診断書等					
5 一般診療 医・歯・薬		領収書・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	当 ・ 普	口座番号	口座名義人(フリガナ)	受 付 印
			本・支店				
※ 支 給 決 定 決 裁 欄	1 承認する。	支給決定年月日	年 月 日	支 給 決 定 額		円	
2 不承認(理由)							

注：審査決定額＝費用額－一部負担金