

様式第3号 (第4条関係)

療 養 費 支 給 申 請

被保険者証記号番号	〇〇〇〇〇〇〇		一 般 ・ 退 職													
療養を受けた被保険者 氏名及び個人番号	氏 名	えびの 花子														
	個人番号	<table border="1"> <tr> <td>〇</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇</td><td>-</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇</td><td>-</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇</td> </tr> </table>		〇	〇	〇	〇	-	〇	〇	〇	〇	-	〇	〇	〇
〇	〇	〇	〇	-	〇	〇	〇	〇	-	〇	〇	〇	〇			
診療、薬剤の支給又は手当 を受けた病院、診療所、薬 局その他の名称及び所在地	名 称															
	所 在 地															
傷 病 名	1. 別紙意見書(証明書)のとおり 2. レセプト確認済															
傷 病 の 原 因	1. 第三者行為(交通事故等) 2. 業務上の災害(通勤災害等) ③ その他(自損事故・疾病等)															
療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日まで 日間															
療養の給付を受けることができなかった理由																
療 養 に 要 し た 費 用 額	円															
支 給 決 定 額	円 × /10 = 円															
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請し、請求します。 年 月 日																
世帯主	住 所	えびの市大字〇〇〇〇〇〇														
	氏 名	えびの 太郎 印														
	個人番号	<table border="1"> <tr> <td>〇</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇</td><td>-</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇</td><td>-</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇</td> </tr> </table>		〇	〇	〇	〇	-	〇	〇	〇	〇	-	〇	〇	〇
〇	〇	〇	〇	-	〇	〇	〇	〇	-	〇	〇	〇	〇			
(宛先) えびの市長																
振 込 口 座	金 融 機 関 名	〇〇 銀行・農協・信用金庫 〇〇 本店・支店														
	預 金 の 種 類	普通預金 当座預金														
	口 座 番 号	〇〇〇〇〇〇〇														
	フ リ ガ ナ	エビノ タロウ														
口 座 名 義	えびの 太郎															