

療 養 費 支 給 申 請 書

滞納の有無
有 ・ 無

交通事故等の第三者行為 有・無 (年 月 診療分)

被保険者証の記号番号		
被保険者の個人番号		
療養を受けた被保険者の氏名		
上記の者の生年月日	()	()
世帯主との続柄		
療養を受けた病院等の名称及び所在地	名称	
	所在地	
治療用装具名		
病院等で支払った金額		円
振込先金融機関 (世帯主名義)	銀行 金庫 組合 農協 労働金庫	本店
		支店
		本所
		口座番号
		フリガナ
		口座名義人
上記のとおり申請します。		
年 月 日	世帯主 個人番号	
玖 珠 町 長 様	住 所 玖珠町大字	
	氏 名	(電話)
◎連絡先が上記住所と違う場合は、右記に連絡先を 書いて下さい。		
	住 所	
	氏 名	(電話)

支 給 計 算 書 (以下は記入しないでください)

	一 般	退 職
費 用 額	円	円
自 己 負 担 額	円	円
支 給 決 定 額	円	円
特 記 事 項		

* 補装具代の申請には、この他、医師の証明書・見積書・請求書・領収書等が必要です。

