

療 養 費
 保険外併用療養費
 特 別 療 養 費
支 給 申 請 書

年 月 日

豊橋市長 様

住 所 豊橋市

世帯主氏名

個人番号

電 話

下記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

記

| | | | |
|---|---|------------------------------|------------------------|
| 被 保 険 者 号 記 号 ・ 番 号 | | 療養を受けた被保 険者の個人番号 | |
| 療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名 及 び 生 年 月 日 | フリガナ | 療養を受けた被保 険者と世帯主との続柄 | |
| | | | 傷 病 名 |
| | 年 月 日 | 発 病 ・ 負 傷 年 月 | 年 月 |
| 療 養 費 の 種 類 | 一般療養費 海外療養費 補助装具 その他（ ） | | |
| 診療・薬剤の支給又は手当 を受けた病院診療所・薬局 その他の者の名称・所在地 及び従事した医師・歯科医 師又は薬剤師の氏名 | | | |
| 発 病 （ 傷 病 ） の 原 因 | | 療養の給付を受 けることができ なかつた理由 | |
| 第 三 者 行 為 該 当 の 有 無 | 有 ・ 無 | 療養期間 | 年 月 日 年 月 日 日間 |
| 給 付 制 限 | 有 ・ 無 | 療養に要した費用額 | 算定した費用額 |
| | | 円 | 円 |
| 保 險 税 の 納 付 | 有 ・ 無 | 支 給 額 | 円 |
| 口 座 振 替 依 頼 書 | | | |
| 私に支給される療養費 保険外併用療養費 特 別 療 養 費 は、下記預金口座へ振り込んでください。 | | | |
| 金 融 機 関 名 | 銀 行 信用金庫 信用組合 農 協 | | 本店 支店 出張所 |
| | 金融機関コード | | 店舗コード |
| 口 座 番 号 | 人 氏 名 口 座 名 義 | フリガナ | 請求者との続柄 |
| | | | |

| | | |
|----|----|----|
| 受付 | 入力 | 照合 |
| | | |