

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	
	年 月 日	傷 病 名	
療 養 費 の 種 類	一般療養費 海外療養費 補助装具 その他（ ）	発 病 ・ 負 傷 年 月	年 月
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った理由	
第 三 者 行 為 該 当 の 有 無	有 ・ 無	療養期間	年 月 日 日間 年 月 日
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	預金の種類
	金融機関コード		普通・当座
口 座 番 号	フリガナ	口 座 人 氏 名 口 座 名 義	請求者との続柄

受付	入力	照合