

(一般被保険者)
退職被保険者
退職被扶養者

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	
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	口 人 氏 名 座 名 義	フリガナ			請求者との 続柄

受付	入力	照合