

受付印

療養費支給申請書

資格関係	被保険者証	記号	石 国	住所	高石市	丁目	番	号
		番号						
	有効期限	年 月 日		世帯主	氏名			
	加入区分	1. 一般 2. 退職 (本人・扶養)			個人番号			

申請 関係	① 療養を受けた被保険者の氏名	氏名						世帯主との続柄	
		生年月日	年	月	日生				
		個人番号							
	② 療養を受けた病院等	名称						③ 傷病名	
		所在地							
	④ 診療又は調剤に従事した医師、薬剤師等の氏名								
	⑤ ②の病院で療養を受けた期間	年 月 日 から		年 月 日 まで () 日間					
	発病の原因			療養の給付を受けることが出来なかった理由					
	傷病の経過			1. 保険証を呈示せず受診					
	療養の内容	1. 補装具 2. 一般診療 3. その他 ()		2. 補装具 3. その他 ()					
第三者行為(交通事故等)による療養の有無	有		無						
療養に要した費用 支給申請額	金		円						
給付金の受領	口座振込 (振込先を下記欄に記入して下さい。)								
銀行 農協 信用金庫	支店	預金種目	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄						
		カタカナ 口座名義							
		口座番号							

印

上記のとおり申請します。

年 月 日

高石市長殿

申請者 住所：高石市 丁目 番 号

(世帯主) 氏名： _____ 印

電話： _____ () _____

備考欄	
-----	--