

## 療養費・医療費支給申請書

01一般診療・02治療装具・03柔道整復術・04按摩・マッサージ  
 ・05鍼・灸・06看護料・07移送料・08 その他

平成 年 月分

1 一般	1 本人	給付割合  7.8.9.10 割
2 老人	2 家族	
3 退職		

老人医療の 受給者番号		保険者番号		
氏 名	保険者名			
	被保険者 証の記号 番号	記 号	番 号	
性別・生年	1 男 2 女 1 明 2 大 3 昭 4 平 年 月生			

傷 病 名				転 帰		
				治 癒	死 亡	中 止
発病負傷年月日	昭和・平成 年 月 日	療養期間	日から	日まで	日間	
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局、その他の者の名称及び所在地						
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師等の氏名						
療養の給付を受けることができなかった理由	① 医師の診断により補装具を作成装着したもの。			発病の原因		
	② 医師の同意によりマッサージ(鍼・灸)をうけたもの。			傷病の経過		
	③ 看護料			療養内容		
④ その他(具体的に )						
療養に要した費用	円					
備 考	平成 年 月 日 NO.			同意書提出済		
上記のとおり、療養に要した費用に関する別紙証拠書類(領収書及び診療内容の明細書)を添えて申請します。						
平成 年 月 日						
住所						
(世帯主)						
(受給者) 氏 名						
越 知 町 長 様						

注 ①傷病が第三者の行為によるときは、その旨申し出てください。  
 ②暦月ごとに作成すること。

振込先	預金銀行・農協名	銀行	支店	名義人	
		農協	支所		
	預金口座・口座番号	1 普通	2 当座	口座番号	