

療養費申請書(年 月分)

殿

療養を受けた者の氏名及び生年月日	氏名	(フリガナ)	申請者との続柄	
	生年月日	年	月	日
医療機関等	名称	(フリガナ)		
	所在地			
	医師名等			
療養内容	傷病名		発病又は負傷年月日	
			年	月 日
療養期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		日数	日
科別区分	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他		入院・外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
原因及び経過			第三者の行為によるものか	
			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
療養の給付をうけることができなかった理由		療養内容		
診療に要した費用の額		食事療養費の有無		食事療養費用の額
円		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円

上記のとおり申請します。

(申請者)

(フリガナ)			
被保険者の氏名	印		
生年月日			
現保険者等での被保険者証の記号番号			
記号		番号	

注) 現保険者等が国民健康保険の場合は、世帯主を記入してください。