

第1号様式(第2条関係)

養費支給申請書 <記入例>

被保険者証等の記号番号	島4 000140045	療養を受けた被保険者の氏名	一般被保険者 退職被保険者等	須賀川 太郎
傷病名 発病又は負傷 年月日	年月日	療養期間	年 月 日から 年 月 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の氏名		
療養の給付を受けることができなかった理由	傷病の原因		療養に要した費用	円
	傷病の経過			
	療養内容			
医師の意見欄	傷病名			
	補装具装用についての意見	装具の装着日	年月日	その日は入院・外来
		年月日		
備考	口座振込		金融機関 口座番号	須賀川銀行八幡町支店 1234567 普通
須賀川市長様 上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。 平成17年 4月15日 世帯主 住所 須賀川市八幡町135 氏名 須賀川 太郎 印 (電話75 1111) 須賀川市長様				

療養費支給決定伺

下記のとおり決定してよろしいか伺います。

課長		課補長佐		係長		係員	
伺年月日	年月日			決裁月日	年月日		
療養に要した費用 (A)	審査結果の増減額 (B)	審査決定費用額 (C) = (A) - (B)		費用総額 (D)	決定金額 E = (D) × 給付率		
円	円	円		円	円		
処理	資格の有無	有・無	整理簿の記載	通知年月日	支払年月日	給付記録の記載	