

様式第10号(第8条関係)

療養費支給申請書

下記のとおり関係書類を添えて療養費の支給を申請します。

年 月 日

酒田市長 あて

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

| | | | | | | | | | | |
|---------------------|-----------------------|-------|---|-----------|-------------------|------------------------------|------|-----|--|----|
| 区 分 | 身 障 ・ 子 育 て ・ ひ と り 親 | | | | | | 電話番号 | () | | |
| 医療証番号 | 有・無 | | | | | | | | | |
| 氏 名 | | | | | 生 年 月 日 | 年 月 日 | | | | |
| 被 保 険 者 証 記 号 番 号 | | | | | 被 保 険 者 氏 名 | | 続 柄 | | | |
| 保険者の名称及び所在地 | | | | | | | | | | |
| 傷 病 名 | | | | | 療 養 内 容 | | | | | |
| 保険医療機関等の名称及び住所 | | | | | 療 養 等 を 受 け た 期 間 | ・ ・ から ・ ・ まで 日間 入院・外来 | | | | |
| 療養給付を受けることができなかった理由 | | | | | 療 養 等 に 要 した 費 用 | 円 | | | | |
| 療 養 費 審 査 決 定 欄 | 診 療 月 | 月 分 | | 支 払 年 月 日 | | 保 険 者 負 担 額 法 定 給 付 他 の 給 付 | | 円 | | 備考 |
| | 支 払 年 月 日 | 年 月 日 | | | | | | | | |
| | 審 査 決 定 額 | 県 単 | 円 | | | | | | | |
| | | 市 単 | 円 | | | | | | | |
| 療 養 費 支 給 額 | 円 | | | | | | 円 | | | |

受取方法(どちらか一方を指定してください。)

| | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|-------|-------------------------|
| 口座振替 上記申請した療養費は、次の口座に振り替え願います。 | | | |
| 口 座 名 義 | 振 替 金 融 機 関 名 | 種 別 | 口 座 番 号 |
| フリガナ..... | 銀行・農協 金庫・その他 店 ・ 所 | 普 通 座 | (店 番 号) _____ (口座番号) |

| | | | | | | | | |
|------------------------------------|---------|-----|----|---------|--|--|--|---|
| 現金受取 | 金 | | | | | | | 円 |
| 標記の療養費を領収しました。 年 月 日 酒田市会計管理者 殿 | | | | | | | | |
| 申請者 | 住所 | 酒田市 | 氏名 | _____ ㊟ | | | | |
| | 代理人(続柄) | | 氏名 | _____ ㊟ | | | | |