

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									

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	_____ ㊟			