

様式第1号 (第2条関係)

療養費支給申請書

被保険者証の記号番号	島31	療養を受けた被保険者氏名	一般被保険者	
傷病名			退職被保険者等	
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
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	
	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	住所 医師 氏名	印
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 世帯主 氏名</p> <p>下郷町長 様 印 (※)</p>				

(※) 自筆による署名の場合は押印が省略できます。

口座振替請求書

私に対する支払いは、下記口座への振替によって支払って下さい。

金融機関及び支店名	種目	口座番号	口座名義 (カタカナ)

下郷町長 様 平成 年 月 日 印