

# 療養費支給申請書

01一般診療・02治療用装具・03柔道整復術・04 按摩・  
マッサージ・05鍼・灸・07移送費・08 その他

令和 年 月 分

医療機関番号			
1.一般	0.外来	1.本人 2.家族 3.就学前 4.高齢者	給付割合 7割・8割 9割・10割
4.退職	1.入院		

フリガナ		保険者番号		3	7	0	0	6	4
受給者氏名		保険者名	さぬき市						
		被保険者証の記号番号	記号	番号					
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		香川45						

傷病名				転帰		
	治ゆ	死亡	中止			

発病負傷年月日	年 月 日	療養期間	日から 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、その他の者の名称及び所在地

診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師等の氏名

療養の給付を受けることができなかった理由	① 医師の診断により補装具を作成装着したもの。	発病の原因	
	② 医師の同意により按摩・マッサージ又は鍼・灸の施術を受けたもの。	傷病の経過	
	③ 看護料	療養内容	
④ その他( )			

療養に要した費用 円

備考 令和 年 月 日 No. 同意書提出済

上記のとおり、療養に要した費用について別紙証拠書類(領収書及び診療内容の明細書)を添えて申請します。

さぬき市長 殿 令和 年 月 日  
住所  
世帯主 氏名  
TEL

注 ① 傷病が第三者の行為による場合、右記の有に○をしてください。  
② 暦月ごとに作成すること。

第三者行為	有 ・ 無
-------	-------

世帯主の公金受取口座を利用します。(※利用する場合、□にチェック(✓)を入れてください。)

個人番号

(※申請後に口座情報を変更した場合は、変更前の口座に支給される場合があります。)

振込口座を指定します。(※指定する場合、□にチェック(✓)を入れてください。)

振込先	金融機関名	銀行 農協 金庫 組合	本・支店 本・支所 出張所	フリガナ	
	口座種別	1 普通 ・ 2 当座	口座番号	名義人	

委任状 (上記振込先が世帯主以外の場合)

私は、受任者 委任者(世帯主) を代理人と定め、療養費の受領に関する一切の権限を委任します。

令和 年 月 日

住所  
委任者(世帯主) 氏名

※決定欄	公費番号	費用額	一部負担金	食事・生活療養	日数	合計金額	標準負担額
	保険	円	円		日	円	円
	公費①	円	円		日	円	円
	公費②	円	円		日	円	円