

療養費支給申請書(支給決定伺)

月分

記 号 番 号		島21―		療 養 を 受 け た 被 保 険 者						
区 分		一般・退被保等		生 年 月 日		T S H R		年 月 日		
傷 病 名				療 養 期 間		年 月 日から 年 月 日まで 日間				
発病・負傷年月日		年 月 日								
医療機関等の名称 及 び 所 在 地				診 療 等 を し た 医 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				傷 病 の 原 因				療 養 に 要 し た 費 用		
				傷 病 の 経 過						
				療 養 内 容				円		
医 師 意 見 欄	傷 病 名									
	補 装 具 装 用 に つ い て の 意 見									
			装 具 の 装 着 日		令 和 年 月 日		その日は		入院・外来	
			令 和 年 月 日 医 師 住 所 氏 名							
口 座 振 替 金 融 機 関		金融機関名		支店名		預金種目		当座 普通		
口 座 名 義		(フリガナ)			口座番号					
上記の通り申請します。なお、受領する給付金は上記口座へ振替によりお支払い下さい。 令 和 年 月 日 大 玉 村 長 様 住 所 大 玉 村 字 番 地 世 帯 主 氏 名										

下記の通り決定してよいか伺います。						伺年月日				決裁年月日	
決 裁	課 長		補 課 佐 長		係 長		係 員				
支 給 額 内 訳			円								
支 給 決 定 額			円								
処 理 確 認	資格の確認		支 給 決 定 通 知 年 月 日		支 払 完 了 年 月 日		整理簿の整理		給付記録		
	有・無										
備 考											