様式第１

療養費支給申請書

<table>
<tr><td>被保険者証の記号番号</td><td>島３３－</td><td>療養を受けた被保険者氏名</td><td colspan="2">一般・退職</td></tr>
<tr><td>傷病名</td><td></td><td rowspan="2">療養期間</td><td colspan="2" rowspan="2">平成　年　月　日から
平成　年　月　日まで
日間</td></tr>
<tr><td>発病又は負傷の年月日</td><td>平成　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">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</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">療養の給付を受けることができなかった理由</td><td rowspan="3"></td><td>傷病の原因</td><td></td><td>療養に要した費用</td><td></td></tr>
<tr><td>傷病の経過</td><td></td><td rowspan="2">振込金融機関名及番号</td><td rowspan="2">会津みなみ農協
檜枝岐支店</td></tr>
<tr><td>療養内容</td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="4">医師の意見欄</td><td>傷病名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">補装具装用についての意見</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>装具の装着日</td><td>平成　年　月　日</td><td>その日は　入院・外来</td></tr>
<tr><td colspan="3">平成　年　月　日
医師 住所
氏名　印</td></tr>
</table>

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。

平成　年　月　日

世帯主 住所
氏名　印

檜枝岐村長　殿

処理	支給額	支給予定日	決裁	村長	助役	総務課長	住民課長	担当主任	係