

療 養 費 (特 別 療 養 費) 支 給 申 請 書													
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号			(枝 番)										
受 診 者 氏 名							生 年 月 日		年 月 日 生				
個 人 番 号													
傷 病 名									第 三 者 行 為		有 ・ 無		
発 病 又 は 負 傷 年 月 日			年 月 日										
発 病 又 は 負 傷 の 原 因													
診療を受けた病院、 診療所、薬局等の 名 称、所 在 地 及 び 医 師 氏 名													
療 養 に 要 し た 費 用			円										
療 養 期 間			年 月 日 から 年 月 日 まで										
補 装 具 (コ ル セ ャ ッ ト 等) 場 合			型 取 り 年 月 日 ・ 装 着 年 月 日										
療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 場 合、その理由													
傷 病 の 経 過 療 養 内 容 等													
第 三 者 行 為 の 場 合 の 相 手 側			住 所 氏 名 電 話										
上記のとおり、療養に要した費用に関し、証拠書類を添付し支給申請します。 年 月 日 御 殿 場 市 長 様													
申 請 者 (世 帯 主)			住 所 御 殿 場 市										
			氏 名										
			個 人 番 号										
			電 話 — —										

※申請に必要なもの

①領収書(内訳書) ②補装具を必要とした医師の診断書。やむを得ず療養の給付を受けることができなかった場合は診療報酬明細書(レセプト)

支 給 額 の 計 算	補 装 具 医 療 費	費 用 額	負 担 割 合	支 給 決 定 額
		円	× 0.7	円
			× 0.8 =	
			× 0.9	
			負 担 割 合	一 部 負 担 金 額
			× 0.3	円
			× 0.2 =	
			× 0.1	

銀 行 金 庫 農 協 本 支 店 店			
預金種目	普 通 当 座	口座番号	
フリガナ			
名義人			

※世帯主名義以外の口座を希望の際は、委任状が必要です。

番号確認書類	身元確認書類	記 載 方 法	
☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 住民票 ☐ なし	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ その他 ()	☐ 本人 確 認	
		☐ 代理人 委任状 有 ・ 無	
		☐ 職権 説明 済 ・ 未	
		☐ 番号不明 ☐ 記載拒否	