

決裁区分	主管課長	課長補佐	係長	係
丁				

療養費支給申請書（兼看護・移送承認申請書）

被保険者証 記号番号	知名国保 ー	療養を受けた被保険者の氏名	M・T・S・H 年 月 日生	男 女	世帯主 との続柄
傷病名		療養期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日		
発症負傷 年月日	年 月 日	診療・薬剤等の手当又は 支給を受けた医療機関名等			
		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			
		療養の給付を受けられなかった理由 (保険でみてもらえなかったわけ)	発病の原因	1. 疾病等 2. 交通事故等第三者行為 3. 労災事故	
		詳しく書いてください	傷病の経過		
		療養内容	診療	入院 外来 歯科 柔整 補装具 その他	
			看護	看護期間	日間
			移送	区間 方法 回数	
		療養に要した費用		円	
			公費負担額	円	
<p align="center">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 align="center">平成 年 月 日</p> <p align="center">世帯主 住所 大島郡知名町大字</p> <p align="center">氏名 (印)</p> <p align="center">知名町長 平安 正盛 殿</p>					

注意

- この申請書には必ず診療明細・領収書を添付してください。
- 看護・移送の場合は医師の「看護・移送を必要とする意見書」等を添付してください。