

保 険 の 種 類	一 般		退 職		
給 付 割 合	義務教育 就学前まで	義務教育 就学後 ～ 6 9 歳	7 0 歳 ～ 7 5 歳未満		
	8 割	7 割	9 割	8 割	7 割
費 用 額	円		給付額	円	

療 養 費 （ 看 護 ・ 移 送 料 ） 支 給 申 請 書

被保険者 記号番号		療養を受けた 被保険者氏名			
個人番号		生 年 月 日	昭和・平成・令和	年	月 日生
傷 病 名		傷 病 の 原 因	☐ 第三者行為によるもの ☐ その他		
初診年月日	令和 年 月 日	療 養 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
医療機関又は薬局名 住所 医師又は薬剤師氏名					
傷 病 の 経 過					
傷 病 の 内 容			療 養 に 要 した 費 用		
看護又は移送の承認 年月日及び承認番号	令和 年 月 日号 承認 第	移送の 区 間		移送の 方 法	
被保険者証で受けること のできなかつた理由					
口 座 振 込 先	銀行 本店 信金 支店 農協 支所	普通 ・ 当座	番 号	名 義 人 （ カ タ カ ナ ）	

上 記 の と お り 療 養 に 要 し た 費 用 に 関 す る 証 拠 書 類 を 添 え て 申 請 し ま す 。

令和 年 月 日

住 所

世帯主 氏 名

電話番号

吉田町長 田村典彦 様

の 口 座 に 振 込 む こ と を 承 知 し ま す 。

（署名）

- (1) 看護料については看護婦免状写又は看護補助者の使用については施設長の証明書を添えてください。
- (2) 看護料又は移送料については、看護又は移送に要した費用の額に関する証拠書類を添えてください。