様式第１号（第３条関係）

療養費支給申請書

〒　　年　　月　　日
大牟田市
（電話　　－　　－　　）

世帯主名

世帯主の個人番号

大牟田市長　殿
次のとおり申請します。

□前期高齢者
一般（1割・2割）
現役並
65～69
□65歳未満
□未就学児

注・太枠の中のみ記入してください。

療養を受けた被保険者の氏名・個人番号		記号番号	―
		一般・退職別	一般・退本・退扶
		第三者行為の有無	有　　無
		生年月日	年　月　日

傷病名		療養期間 入院・外来の別	年　月　日から 年　月　日まで 日間　入院・外来
発病負傷年月日	年　月　日		

診療・薬剤の支給又は手当等を受けた医療機関の名称及び所在地	
診療又は調剤に従事した医師名等	
療養の給付、入院時食事・生活療養費の支給若しくは保険外併用療養費の支給又は特別療養費の支給を受けることができなかった理由	1　治療用装具装着のため 2　保険証の提示ができなかったため(理由　　) 3

発病の原因		傷病の経過	
療養の内容		療養につき算定した費用の額	円

受取口座	□公金受取口座を利用します。(利用する場合は口座情報の記入不要) □下記のとおり振込口座を指定します。			
	銀行　本店 信用金庫　支店 農協　支所	口座名義（カタカナ）		
	金融機関コード　　店番	口座番号	普通 当座 貯蓄	

療養費の受領を上記名義人口座に指定します。
世帯主名　　印
（自署の場合は押印不要）

査定金額	円	支給金額	円
備考	＿＿＿＿×０．＿＝＿＿＿＿	不支給の理由	