

様式第8号（第7条関係）

療養費等支給申請書
(一般療養費・補装具代・柔道整復施術費・移送費)

年 月 日

小山町長 様

申請者（世帯主）住 所 _____
氏 名 _____ ⑨
個人番号 _____
電 話 _____

次のとおり申請します。なお、窓口に行けないので次の者に申請書の届出を委任します。

受任者（届出人）住 所 _____
氏 名 _____
電 話 _____

委任者（世帯主）からみた続柄 _____

被 保 険 者 証 号		個 人 番 号							
療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名		生 年 月 日	年	月	日	世 帯 主 と の 続 柄			
傷 病 名				一 般 ・ 退 職 の 区 分		一 般 ・ 退 職 者 ・ 退 職 扶 養			
療 養 期 間		年 月 日 から	年	月	日 まで	日 間 入 ・ 外			
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									
療 養 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由						審 査 決 定 点 数			点
療 養 を 要 し た 費 用 額		円	一 部 負 担 金		円	支 給 額			円
振 込 先 金 融 機 関			銀 行 信 用 金 庫 農 協						支 店 出 張 所
預 金 種 別		1 普 通 預 金		2 当 座 預 金					
口 座 番 号		(フ リ ガ ナ)							
口 座 名 義 人 氏 名									

※1 個人番号がわかるものを提示してください。 第三者行為 有・無

※2 世帯主の本人確認書類を持参してください。また、世帯主以外の口座に振り込みを希望し、かつ、世帯主以外の人が届け出る場合は、世帯主の本人確認書類に加え、受任者の本人確認書類も持参してください。

世帯主の本人確認書類

1点	運転免許証・パスポート・個人番号カード・身体障害者手帳・その他（顔写真付証明書）	
2点	医療保険証・年金手帳・年金証書・社員証（写真あり）・キャッシュカード・その他（	

受任者の本人確認書類

1点	運転免許証・パスポート・個人番号カード・身体障害者手帳・その他（顔写真付証明書）	
2点	医療保険証・年金手帳・年金証書・社員証（写真あり）・キャッシュカード・その他（	