

第8号様式（第8条関係）

療養費
保険外併用療養費 支給申請書
特別療養費

年 月 日

豊橋市長様

住 所 豊橋市

世帯主氏名

個人番号

電話

下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。

記

被保険者 記号・番号			療養を受けた被保険者の個人番号									
療養を受けた被保険者氏名及び 生年月日	フリガナ			療養を受けた被保険者と世帯主との続柄								
				傷病名								
年 月 日	年 月 日	発病・負傷年月			年 月							
療養費の種類	一般療養費	海外療養費	治療用装具	その他()								
診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院診療所・薬局その他の者の名称・所在地及び従事した医師・歯科医師又は薬剤師の氏名												
発病(傷病)の原因			療養の給付を受けることができた理由									
第三者行為 該当の有無	有・無		療養期間	年 月 日		日間						
					年 月 日							
保険税の納付	有・無		療養に要した費用額		算定した費用額							
			円		円							
		支給額										円

口座振替依頼書

私は支給される 療養費 保険外併用療養費 は、次の預金口座へ振り込んでください。
特別療養費

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協					本店 支店 出張所				預金の種類
	金融機関コード									普通・当座
口座番号			口座名義人氏名	フリガナ						請求者との続柄