

[illegible]

種 類			
傷 病 名			
診療を受けた医療機関等の所在地			
診療を受けた医療機関名又は施術師			
支給申請をした理由	1：負担区分誤り 3：その他（急病等）（	2：装具装着	）
発病又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等） 4：その他（	2：自損事故・疾病等	3：業務上の事故 ）

療養に要した費用額								食 事 回 数									
審 査 認 定 額								療養に要した費用額									
一 部 負 担 金								食 事 標 準 負 担 額									
支 給 金 額																	

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()						本店・支店 ()							預金種別	普通当座 ()		
口座番号等 左諸記載して下さい																	
口座名義人 (カタカナ)																	

上記のとおりに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。

年 月 日

郵便番号 住 所

氏 名 _____ 連絡先 _____

委任状欄	年 月 日 (口座名義人)
	上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を.....に委任します。
	委任者 住 所
	(申請者) 氏 名
	(申請者が手書きしない場合は、記名押印してください)