

(~ 分)

療養を受けた者の 氏名及び生年月日	氏名	(フリガナ)	申請者と の続柄	
	生年月日			
医療機関等	名称	診療報酬明細書の通り		
	所在地	診療報酬明細書の通り		
	医師名等	(空白可)		
療養内容	傷病名		発病又は負傷年月日	
	診療報酬明細書の通り		年	月 日 (空白可)
原因及び経過			第三者の行為によるものか	
(空白可)			☐ はい ☒ いいえ	
療養の給付を受けることができなかった理由		療養内容		
資格喪失後受診のため		診療報酬明細書の通り		
療養に要した費用の額	入院・入院外の別	食事療養費の有無	食事療養費の額	
	☐ 入院 ☐ 入院外	☐ 有 ☐ 無		

(フリカナ)

生 年 月 日 :
