

(様式第44号)

# 療養費支給申請書

年 月 日

石川県 保健所長 様

申請者  
住 所  
氏 名  
個人番号  
患者との関係  
印

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 条の規定により療養費の支給を申請します。

患者氏名		生年月日 及び性別	年 月 日	男 女
患者の住所		受給者番号		
患者の個人番号				
療養の種類	法第42条による療養費		補装具代金	
治療期間又は 補装具の種類	年 月 日から 年 月 日まで	医療機関名又は 指定義肢製作所名		
支給申請額				円
緊急やむを得ない理由				
指定医療機関 の医師の意見	病名		発病年月日	年 月 日
	治療等を必要とする理由			
	年 月 日	指定医療機関の所在地		
	名	称		
	医師の氏名			印