

国民健康保険 特別療養費支給申請書

被保険者	記号	番号	<input type="checkbox"/> 高齢8割 <input type="checkbox"/> 高齢7割 <input type="checkbox"/> 前高7割 (65~69歳) <input type="checkbox"/> 65歳未満 <input type="checkbox"/> 未就学児				
療養を受けた被保険者	氏名	生年月日		年	月	日	男・女
	個人番号	一般・退本・退扶		世帯主との続柄			
傷病名							
療養期間 (入院・外来)		年 月 日から		年 月 日まで		日間	
診療・薬剤の支給又は手当等を受けた保険医療機関又は訪問看護ステーション等	名称						
	所在地						
療養につき算定した費用の額等	種類						
	金額						
交通事故等の第三者行為	(有 ・ 無)						
支払方法	1 口座振込	銀行 金庫 農協	支店 支所 口座名義人(世帯主)	普・当	口座番号		
	2 現金	後日窓口で受け取り					
大川市長 殿 上記のとおり、証拠書類を添えて特別療養費の支給を申請します。 年 月 日 住所 大川市大字 世帯主 氏名 _____ 印 個人番号 _____ 電話 () _____							

決定伺		課長	課長補佐	係長	係
下記のとおり決定してよろしいか伺います。					
s 年 月 日					
・支給	支給金額：	円			
・不支給	理由：				