

国民健康保険 療 養 費 支給申請書
特 別 療 養 費

年 月 日

大江町長 殿

世帯主 住所

氏名

連絡先

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被 保 険 者 証 の 記 号 番 号		療 養 を 受 け た 被 保 険 者 の 氏 名																		
種 別	一般・退本・退被	生 年 月 日	年	月	日															
区 分	入院・外来	個 人 番 号																		
傷 病 名		発 病 負 傷 の 年 月 日	年	月	日															
療 養 期 間	年 月 日から		年	月	日まで(日間)															
療養・薬剤の支給又は手当を 受けた病院・診療所・薬局 その他の者の名称及び所在地																				
診療又は調剤に従事した医師・ 歯科医師又は薬剤師の氏名																				
療養給付等の支給を受けること ができなかった具体的理由																		発病の原因		
																		傷病の経過		
療 養 の 内 容																療養に要した経費	円			
第三者行為の有無	<input type="checkbox"/> 有(被害届 年 月 日) <input type="checkbox"/> 無																			
備 考																				

注)次の書類を添付すること。

- 1 領収書
- 2 医療費について申請する場合は、医療費明細書
- 3 コルセット又は血液代を申請する場合は、コルセット又は輸血を必要とする医師の証明書
または意見書

【振込先記入欄】

住 所			カ ナ					
			口座名義人					
振込先	銀行・農協 信組	支店 (所)	預金 種目	普通・当座 その他	口座 番号			