

国民健康保険 療 養 費 支給申請書
特 別 療 養 費

年 月 日

東根市長

あて

申請者（世帯主） 住所 _____

氏名 _____

電話番号 () _____

下記のとおり申請いたします。

| | | | | |
|---|---------|--------------------|---------|----------|
| 被保険者記号・番号 | | 保険証種別 | | 一般・退本・退扶 |
| 療養を受けた被保険者 | 氏名 | 生年月日 | | 年 月 日 |
| | 個人番号 | 負担区分 | | |
| 傷病名 | | 発病又は負傷の原因 | | |
| 発病又は負傷の年月日 | | 年 月 日 | 傷病の経過 | |
| 療養期間 | | 年 月 日から 年 月 日まで | 入院・外来の別 | 入院・外来 |
| 療養内容 | | 第三者行為の有無 | | 有・無 |
| 診療・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 | | 名称 所在地 | 計 医療機関等 | |
| 診療又は調剤に従事した医師・歯科医師又は薬剤師 | | 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 | | | | |
| 療養に要した経費 | 円 | 療養に算定した支給金額 | 円 | |
| 備考 | | | | |
| 《口座振込依頼》 上記により申請した療養費については、下記の口座への振込を依頼いたします。 | | | | |
| 振込先口座 | 金融機関コード | 支店コード | | 口座種別 |
| | 口座番号 | フリガナ | | |
| 債権者番号 | | 口座名義人 | | |

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 コルセット等又は血液代を申請する場合は、コルセット等又は輸血を必要とする意見書

〈事務処理欄〉

| | | | |
|-----|-----|-----|-----|
| 受 付 | 処 理 | 確 認 | 備 考 |
| | | | |