

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					
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	銀行・農業協同組合 信用組合・信用金庫 労働金庫	支店コード	本店・支店 本所・支所 出張所	口座種別 普通・当座
	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