

国民健康保険特別療養費支給申請書

年 月 日

須賀川市長

世帯主 住 所

氏 名 印

個人番号

電話番号

(代理人)

下記のとおり療養に要した費用について申請します。

記

被保険者資格証明書記号番号		資一島4ー									
療養を受けた者	氏 名 生年月日									年 月 日	生
	個人番号										
被保険者区分 <input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職被扶養者											
療養の区分 <input type="checkbox"/> ・①医科 <input type="checkbox"/> ・②歯科 <input type="checkbox"/> ・③調剤 <input type="checkbox"/> ・④補装具 <input type="checkbox"/> ・⑤施術（あんま） <input type="checkbox"/> ・⑥施術 <input type="checkbox"/> ・⑦施術 <input type="checkbox"/> ・⑧生血 <input type="checkbox"/> ・⑨柔道整復 （はり・きゅう） （マッサージ）											
傷病名											
療養期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間											
療養の内容						療養に要した費用額					
						円					
療養を受けた医療機関、薬局等 名 称 所在地											
添付書類		領収書									

預金口座振込による場合は、次に記入してください。

銀行等名 支店等名		口座 番号		口座名義人
--------------	--	----------	--	-------

担当医師記入欄	傷病名		補装具を必要と認める理由							
	補装具装着年月日 年 月 日（入院・外来）									
	年 月 日		住 所		担当医師 氏 名 印					

- 注1 のある場合は、該当するものに \searrow 印を付けてください。
 2 担当医師記入欄は、補装具申請の場合に担当医師に記入してもらってください。