

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

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                    |  |         |  |    |  |        |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|--|---------|--|----|--|--------|--|--|--|
| 被保険者記号・番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             | 島 4 ー              |  |         |  |    |  |        |  |  |  |
| 療養を受けた者                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 氏 名<br>生年月日 |                    |  |         |  |    |  | 年 月 日生 |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 個人番号        |                    |  |         |  |    |  |        |  |  |  |
| 療養の区分<br><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）<br><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<br>(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<br><br>円 |  |         |  |    |  |        |  |  |  |
| 療養を受けた医療機関、薬局等<br>名 称<br>所在地                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |                    |  |         |  |    |  |        |  |  |  |
| 添付書類                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             | 領収書                |  |         |  |    |  |        |  |  |  |

口座振込による場合は、次に記入してください。

|                                                                                                                                    |  |               |       |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------|-------|------------|
| <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します（マイナポータル等から登録した口座を利用される方）<br>※公金受取口座への振込を希望する場合は、上記のチェックボックスに「✓」マークを入れ、以下の口座情報欄に記載する必要はありません。 |  |               |       |            |
| 金融機関名<br>支店等名                                                                                                                      |  | 預 金 別<br>口座番号 | 普 ・ 当 | 口座名義(カタカナ) |

|         |                          |              |
|---------|--------------------------|--------------|
| 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<br>年 月 日（入院・外来） |              |
|         | 年 月 日 住 所<br>担当医師<br>氏 名 |              |

- 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。