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―											
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	□一般被保険者　□退職本人　□退職被扶養者												
療養の区分 □・①医科　□・②歯科　□・③調剤　□・④補装具　□・⑤施術（あんま） □・⑥施術（はり・きゅう）　□・⑦施術（マッサージ）　□・⑧生血　□・⑨柔道整復													
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												

口座振込による場合は、次に記入してください。

□ 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） ※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 支店等名		預金別 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 年　月　日（入院・外来）	
	年　月　日　住　所 担当医師 氏　名	

注１　□のある場合は、該当するものにレ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。