

国民健康保険 特別療養費 支給申請書  
療 養 費

被保険者証 の 記号番号	一般・ 退本人・ 退被扶	療養を受けた 被 保 険 者 氏 名		世帯主 と の 続 柄	
		個 人 番 号			
傷 病 名		療 養 期 間	年 月 日から		
発 病 ・ 負 傷 年 月 日	年 月 日		年 月 日まで 日 間		
診療・薬剤の支給又は手当を 受けた病院・診療所・薬局・ その他の者の名称及び所在地					
診療又は調剤に従事した医師 ・ 歯科医師又は薬剤師の氏名					
療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由	1.	のため保険医療機関等 でない医療機関で療養 等の給付を受けた	発病 の 原因 負傷		
	2.	のため被保険者証を提 示しなかった	傷病の経過		
	3.	生血の提供を受けた	療養の内容		
	4.	あんま、マッサージの施術を受ける	療養に要し た費用	円	
	5.	柔道整復の施術を受ける	支給金額	円	
	6.	補装具を装着する			
	7.	その他			
発症又は負傷の理由	1. 第三者行為（交通事故）                      2. その他（疾病等・自損事故）				
備 考					
<p>上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 尚、上記申請に係る代金は、下記の口座へ振込されるよう依頼します。</p> <p>年 月 日                      住所 加茂郡八百津町</p> <p>世帯主                      氏名                      印</p> <p>電話番号                      —                      —</p> <p>八百津町長 様</p>					
振 込 先	銀 行	支 店	普 ・ 当	口座番号	
	信用金庫			フリガナ	
	農 協			口座名義	

世帯主（申請者）と口座名義人が違う場合は下記に署名・押印してください。

上記名義人口座への振込を承諾します。 申請者（世帯主）氏名

印