第８号様式（第１３条関係）

|  |
| --- |
|  　　 　　　　　特別療養費 　　　 　　　　国民健康保険 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 　 　　年 　月 　日まで 　　　　　日 間 |
| 発病・負傷年月日 |  　　　　年 月 　日 |
| 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２． のため被保険者証を提 示しなかった３．生血の提供を受けた４．あんま、マッサージの施術を受ける５．柔道整復の施術を受ける６．補装具を装着する７．その他 | 発病 の原因負傷 |  |
| 傷病の経過 |  |
| 療養の内容 |  |
| 療養に要した費用 |  　　　　 円 |
| 支給金額 |  　　　　 円 |
| 備考 |  |
|  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。 年 月 日 住所 加茂郡八百津町 世帯主 氏名   電話番号　　　　　　－　　　　－ 八百津町長 様 | 　印 |
| 振込先 |  　　 　銀　行 　　 　信用金庫 　　　　支店 　　 　農　協 | 普・当 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 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