

国民健康保険 療養費 支給申請書  
 特別療養費

年 月 日

小国町長 殿

世帯主 住 所

氏 名

個人番号

被保険者証 の記号番号	—	療養を受けた 被保険者の 氏 名 生 年 月 日	S・H	年 月 日
傷 病 名		個 人 番 号		
発病負傷の 年 月 日	年 月 日 (入院・外来)	退 職 者 医 療	本人・被扶養者	
療 養 期 間	年 月 日から ( 日間) 年 月 日まで			
交 通 事 故 等 の 第 三 者 行 為		有 ・ 無		
療養・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				
療養給付等の支給を受けること ができなかった具体的理由	コルセット その他 ( ) 医療費 《理由》		発病の原因	
			傷病の経過	
療 養 内 容			療 養 に 要 した 経 費	円
備 考	支払方法 現金払 TEL _____ 口座払 _____ 銀行・信組 _____ 支店 _____ 農協・労金 _____ 名義(か) _____ 普・当 No. _____			

注) 次の書類を添付すること。

- 1 領収書
- 2 医療費について申請する場合は、医療費明細書
- 3 コルセット又は血液代を申請する場合は、コルセット又は輸血を必要とする意見書

受 領 委 任 欄	療養費の受領につい て上記口座の名義人 に委任いたします。	㊟
--------------	-------------------------------------	---