

様式第10号

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

被保険者証 の記号番号			療養を受けた 被保険者の 氏 名		
傷 病 名					
発病負傷の 年 月 日	年 月 日		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				
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			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					

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