

国民健康保険特別療養給付に関する申請書

年 月 日

小国町長 殿

申請人(被保険者であった者の氏名)

被保険者証 の記号番号		申請者の 生年月日	年 月 日	退職者 医 療	退・被 扶
住 所				世帯主との続柄	
日雇特例被保険者の 被保険者又はその扶 養者となった年月日	年 月 日	被 保 険 者 の 資格を喪失した 年 月 日	年 月 日		
傷病名	1 2 3	この傷病で初めて 療 養 の 給 付 を 受 け た 年 月 日	1 年 月 日 2 年 月 日 3 年 月 日		
被保険者の資格を喪失した際 療養の給付を受けていた保険 医療機関等の名称及び所在地	名 称				
	所在地				
この申請書を提出する日に療 養の給付を受けている保険医 療機関等の名称及び所在地	名 称				
	所在地				
日雇特例被保険者の被保険者氏名 及 び 被 保 険 者 と の 続 柄		被保険者の 氏 名 続 柄			