

国民健康保険療養費支給申請書 (特別療養)

被保険者等 記号・番号	井鱒 - -	療養を受けた 被保険者氏名		世帯主 との 続柄								
傷病名		生年月日	年 月 日									
		個人番号										
発症・負傷 年月日	年 月 日	療養期間	年 月 日から			年 月 日まで			日間			
療養、薬剤の支給または手当てを受 けた病院、診療所、薬局その他の者 の所在地および名称												
診療または調剤に従事した医師、歯 科医師または薬剤師の氏名												
療養の給付 を受けるこ とができな かった理由		傷病の原因				療養に要した費用						
		傷病の経過				審 査 額			※			
第三者行為 (交 通事故) による 負傷の有無 (ど ちらかに○)	有 ・ 無	療養内容				支 給 額			※			
振 込 先	銀行		支店		普通 ・ 当座							
	信金		支所									
	農協		出張所									
	口座番号			フリガナ								
				口座名義								
この給付金の受領を、振込先名義人に委任します。												
申請者 (世帯主) の氏名										(印)		

鯖江市長 あて

上記のとおり、別紙証拠書類を添えて療養に要した費用の支給を申請します。

年 月 日

申請者
(世帯主) 住所
氏名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(電話番号)

受付	滞納	資格 確認	負担割合	個人番号	本人 確認
	有・無		2割・3割		