

国民健康保険特別療養費支給申請書

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------|-------|-----------------------------|
| 被保険者証記号・番号 | . | | | | | | | | | | 生年月日 | | |
| 療養を受けた被保険者氏名 | | | | | | | | | | | S・H・R 年 月 日 | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | 世帯主との続柄 | | |
| 傷病名 | | | | | | | | | | | 療養の期間 | | 年 月 日から 年 月 日まで ()日間 |
| 第三者行為 | 無・有 | | | | | | | | | | | | |
| 発症・負傷年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | 区分 | 入院・外来 | |
| 診察、薬剤の支給又は手当を受けた医療機関の名称及び所在地 | | | | | | | | | | | | | |
| 診察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 補装具作成のため 2 全額自己負担したため 3 移送費 4 その他 | | | | | | | | | | 療養に要した費用 | 円 | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 世帯主 | 国民健康保険法施行規則第27条の5の規定により関係書類を添えて特別療養費の申請をいたします。 なお、支払いは、次の名義人の預金口座へ振り替えてください。 令和 年 月 日 藍住町長 殿 | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | 印 | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|-------|------|----|----|------|------|--|--|-------|--|--|
| 金融機関名 | | | 種別 | | 口座番号 | | | 口座名義人 | | |
| 銀行 | 信用金庫 | 農協 | 本店 | 1 普通 | | | | フリガナ | | |
| | | | 支店 | | | | | | | |
| | | | 支所 | 2 当座 | | | | | | |

| 保険者記入欄 | | | | | | | | | | | |
|--------|-------------------------|--|---------|---|-----------|--------|-----|--|-----|--|--|
| 請求金額 | 円 | | 審査決定金額 | 円 | | 支給決定金額 | 円 | | | | |
| 宛名番号 | | | 備考 | | | | 受付印 | | 受付者 | | |
| 年齢区分 | 0~6・7~64 65~69・70~74 | | | | | | | | | | |
| 前高所得区分 | 一般・現役並み | | 申告の有無 | | 国保税確認 | | | | | | |
| | | | 確認済・未申告 | | 確認済・税務課対応 | | | | | | |