国民健康保険特別療養費支給申請書

（　一般　・　退本　・　退扶　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 資格証明書の記号・番号 | |  | | | | | | | 年　　月診療分 | | |
| 診療を受けた被保険者の氏名 | |  | | | | | | | | 性別 |  |
| 診療を受けた被保険者の個人番号 | |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | 世帯主との続柄 | | | | | |
| 傷病名 |  | | | | | 療養期間 | | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで  （　　　　　日間） | | | |
| 発症負傷  年月日 |  | | | | |
| 治療、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  の名称及び所在地並びに診療又は  調剤に従事した医師、歯科医師又  は薬剤師の氏名 | | | 名　称 | 別添のとおり | | | | | | | |
| 所在地 | 別添のとおり | | | | | | | |
| 氏　名 | 別添のとおり | | | | | | | |
| 療養の内容 |  | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | * 領収書　　　□ 診療証明書　　　□ 証明書　　　□ その他 | | | | | | | | | | |
| 備考 |  | | | | | | | | | | |
| 療養に要した費用額 | 円 | | | | 被保険者が支払った治療費 | | 円 | | | | |
| 上記のとおり申請（請求）します。  　　　　年　　　月　　　日　　　　申請者　住　　所  　　　　　　　　　　　　　　　　（世帯主）氏　　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  三 好 市 長　殿 | | | | | | | | | | | |

　ご注意：納期限から1年6カ月たっても未納の保険税がある方については、納付の全部または一部を差し止めることがあります。