

様式第6号(第12条関係)

国民健康保険 特別療養費 支給申請書



坂祝町長 様 年 月 日

区 分 <input type="checkbox"/> 一 般 (未就学・高齢者現役並・高齢者1割・2割)		退職者 <input type="checkbox"/> 本 人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	
記号番号	氏名	療養に要した費用	一部負担金支払済額
	個人番号	円	円
傷病名	発病(負傷)日	発病の原因 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 一般疾病	療養期間 日間 年 月 日～ 年 月 日
傷病の経過		療養の内容	
診療を受けた病院等の所在地及び名称		診療に従事した医師等の氏名	
療養の給付を受けることができなかった理由			
<input type="checkbox"/> 保健医療機関等でない (受診理由)		<input type="checkbox"/> 保険証未交付期間 資格取得年月日 年 月 日 届出年月日 年 月 日 交付年月日 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 保険証を所持しなかった (理由) <input type="checkbox"/> 旅行中 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 装具・輸血 <input type="checkbox"/> 看護・移送 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 海外療養費	
世帯主氏名	振込先 銀行・金庫 店 農協・組合		
個人番号	預金種目 当座・普通	フリガナ	
住所 岐阜県加茂郡坂祝町	口座番号	口座名義人	
電話	療養費(下記支給額)を上記名義人の口座に振り込まれることを承諾します。 世帯主氏名		

(注) 添付書類：療養に要した費用に関する証拠書類(診療明細書及び領収書等)

※この欄には記入しないでください。

決定点数	公費	費用額	給付割合	自己負担額	支給決定額
円	円	円	円	円	円