

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		受付印	
坂祝町長		様		年		月 日	
区 分		☐ 一 般 (未就学・高齢者現役並・高齢者1割・2割)		退職者		☐ 本 人 ☐ 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 ☐ 第三者行為 ☐ 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 ☐ 保健医療機関等でない (受診理由) ☐ 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 ☐ 装具・輸血 ☐ 看護・移送 ☐ そ の 他 ☐ 海外療養費 ☐ 保険証を所持しなかった (理由) ☐ 旅行中 ☐ 紛失 ☐ その他							
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