

国民健康保険特別療養費給付支給申請書

被保険者証 の記号番号	島68	療養を受けていた 者の氏名及び 生年月日・性別	昭和・平成										男・ 女					
傷病名		個人番号											年	月	日	女		
資格を喪失し た際、受けて いた療養の給 付を受け始め た年月日	年	月	日	療養期間	年										月	日から	日まで	日間
資格を喪失していた際、診療 の給付を受けていた療養取扱 期間の名称及び所在地	名 称																	
	所 在 地																	
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																		
現に療養の給付を受けている 療養取扱期間の名称及び所在 地	名 称																	
	所 在 地																	
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																		
備 考			傷病の原因							療養に要した費用								
			傷病の経過							円								
			傷病内容															
振込先口座	銀行・金庫										本店 支店 出張所		銀行コード		支店コード			
	信組・農協																	
口座種別	1. 普通 2. 当座		フリガナ															
口座番号										口座名義人								
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。																		
年 月 日																		
申請者 住所																		
(世帯主)																		
氏名 印																		
玉川村長 個人番号()																		
(電話 - -)																		

1 領収書を添付してください。他に添付する必要のある書類は、その都度ご確認ください。