

国民健康保険 療養費 支給申請書
特別療養費

年 月 日

山辺町長 殿

世帯主 住所
氏名 (印)
個人番号
電話番号

被保険者証の記号番号		療養を受けた被保険者の氏名	
傷病名	生年月日	年 月 日	
	個人番号		
発症負傷の年月日	年 月 日	区分	一般・退職（本人・被扶養） 高齢・未就学児 【自己負担割合 割】
療養期間	年 月 日から (日間) 年 月 日まで		
療養、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	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			
療養給付等の支給を受けることができなかった具体的理由	発病の原因		
	傷病の経過		
療養内容		療養に要した経費	円
振込先 (世帯主の口座)	金融機関名	銀行 本店 協同組合 支店 () ()	
	口座番号	預金種別	普通当座 ()
	フリガナ		
	口座名義人		
備考	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		

注) 次の書類を添付すること。

- 1 領収書
- 2 医療費について申請する場合は、医療費明細書
- 3 コルセット又は血液代を申請する場合は、コルセット又は輸血を必要とする意見書