|  |
| --- |
| **国民健康保険特別療養費支給申請書** |
| 被保険者記号・番号 | 　 | 療養を受けた被保険者氏名 | 　 | 世帯主からみた続柄 | 　 |
| 療養年月 |  年　　　月 | 生年月日 | 昭和・平成・令和　　 　年　　　月　　　日 |
|
| 個人番号 | 　 |
| 傷病名 |  | 療養期間 | 年　　　月　　　日から |
| 年　　　月　　　日まで　　　日間 |
| 該当する場合はチェックをしてください |  □ 交通事故により療養を受けることとなった |
| 療養を受けた医療機関名等の名称及び所在地 |  |
|  |
| 療養又は調剤に従事した医師・歯科医師又は薬剤師の氏名 |  |
| 添付書類 | □領収書　□療養明細書□証明書　□その他 | 療養に要した費用額 | 　円 | 支払った治療費 | 　円 |
| 備　考 |  |
| 振　込　先金融機関名 | 　　　　銀行 　本店農協 　支店　　　　信用金庫 　出張所 | 普通当座 | 口座番号 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| ﾌ　ﾘ　ｶﾞ　ﾅ | 　 |
| 口座名義人 | 　 |
|  菰　野　町　長　　 |
| 　　　 上記のとおり申請します。　 |
| 　　 　 　　　　年　　　月　　　日　 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒　　　-　　　 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　世帯主住所　　菰野町  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　世帯主氏名  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出人氏名  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　世帯主からみた続柄  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出人電話番号　  |

ご注意：未納の保険税がある方については、保険給付の全部又は一部を差し止めることがありますので、必ず保険税を完納の上、特別療養費の申請をしてください。