|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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。