

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	普通 当座	口座 番号						
	農協	支店	フリガナ							
	信用金庫	出張所	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。