

整理番号	
------	--

国民健康保険		療養費 特別療養費	支給申請書
被保険者証の 記号番号枝番		氏 名	
傷 病 名		生 年 月 日	年 月 日
発病年月日		個 人 番 号	
療養の内容		療 養 を 受 け た 期 間	年 月 日～ 年 月 日迄
第三者行為	有 ・ 無	療 養 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由	
療 養 に 要 し た 費 用	円		
診 療 、 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			
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			
支 払 方 法	銀 行 名 ・ 支 店 名		
	口 座 番 号 （ 普 ）		
	預 金 通 帳 名 義 （ カ タ カ ナ ）		
<p>上記のとおり療養に要した費用を支給してほしいので別紙証拠書類（領収書及び診察内容の証明書）を添えて申請します。</p> <p>年 月 日 千 一</p> <p>世帯主 住所 尾鷲市</p> <p>氏名</p> <p>尾鷲市長 様 電話 一 一</p>			

※ 審 査 結 果

費 用 額	一 部 負 担 額	保 険 者 負 担 額