

## 国民健康保険特別療養費支給申請書

被保険者 資格証明書 記号番号		療養を受けた 被保険者氏名			
		個人番号			
傷病名					
発病、負傷 年 月 日		療養期間	年	月	日から
			年	月	日まで
			日間		
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					
療養の給付を受けることができなかった理由	資格証明書で受診したため	発病の原因			療養に要した費用
		傷病の経過			
		療養内容			
振込希望の 金融機関名	銀行 農協	支店 支店	普通 当座	口座 番号	
備考					

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

世帯主 住所 井原市 町

氏名

個人番号

井原市長 殿