

国民健康保険(特別)療養費等支給申請書						[特別・療養]																																																																					
被 保 険 者 記 号・番 号		撰 国		療 養 を 受 け た 被保険者の氏名・性別		男・女																																																																					
療 養 を 受 け た 被保険者の個人番号				生 年 月 日		年 月 日																																																																					
傷 病 名				退 職 被 保 険 者 等 の 区 分		一 般 ・ 退職本人 退職被扶養者																																																																					
				公 費 医 療 等 区 分 ・ 受 給 者 番 号		老人・一部助成・子ども・ひとり親・障害者 受給者番号 []																																																																					
発 病 ・ 負 傷 年 月 日		年 月 日		療 養 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日																																																																					
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、 入院食事、特 定療養費の 支給を受ける ことができな かった理由				発 病 の 原 因		第三者・業務上・その他()																																																																					
				傷 病 の 経 過																																																																							
				療 養 内 容		入 院 外・来 医 科・歯 科・調 剤・ その他()																																																																					
療 養 に 要 し た 費 用 の 額 (証拠とする書類を提出してください。) 円																																																																											
<table><tr><td colspan="4">次口座への振込を依頼します。</td><td colspan="4">口 座 振 込 依 頼 書</td><td colspan="4">撰津市会計管理者 様</td></tr><tr><td colspan="2">振 込 先 金 融 機 関 名</td><td colspan="2">銀 行・農 協 信 用 金 庫 信 用 組 合</td><td colspan="2">支 店 名</td><td colspan="2">本 店 支 店 ()</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">預 金 種 目</td><td colspan="2">普 通 ・ 当 座</td><td colspan="2">口 座 番 号 (左詰め記載)</td><td colspan="2"> </td><td colspan="2"> </td><td colspan="2"> </td><td colspan="2"> </td></tr><tr><td colspan="2">フ リ ガ ナ</td><td colspan="12"></td></tr><tr><td colspan="2">口 座 名 義 人 (世 帯 主)</td><td colspan="12"></td></tr></table>								次口座への振込を依頼します。				口 座 振 込 依 頼 書				撰津市会計管理者 様				振 込 先 金 融 機 関 名		銀 行・農 協 信 用 金 庫 信 用 組 合		支 店 名		本 店 支 店 ()								預 金 種 目		普 通 ・ 当 座		口 座 番 号 (左詰め記載)										フ リ ガ ナ														口 座 名 義 人 (世 帯 主)													
次口座への振込を依頼します。				口 座 振 込 依 頼 書				撰津市会計管理者 様																																																																			
振 込 先 金 融 機 関 名		銀 行・農 協 信 用 金 庫 信 用 組 合		支 店 名		本 店 支 店 ()																																																																					
預 金 種 目		普 通 ・ 当 座		口 座 番 号 (左詰め記載)																																																																							
フ リ ガ ナ																																																																											
口 座 名 義 人 (世 帯 主)																																																																											
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。 年 月 日 申請者 住 所 撰津市 (世帯主) _____ 氏 名 _____ 電 話 _____ 個人番号 _____ 撰 津 市 長 様 _____ 世帯主宛名番号 _____																																																																											
支 給 決 定 額		円		受付処理		受付者		処理済・未処理																																																																			