

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			個 人 番 号		
療養を取り扱った保険 医療機関等又は訪問看 護ステーションの名称 及 び 所 在 地			診療等に従事し た医師等の氏名		
傷 病 名			発病又は 負傷年月日	年 月 日	
傷 病 の 原 因					
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで		☐ 入 院 ☐ 外 来	日間	
傷病の経過			療養の内容		
療養につき算定した 費用の額			円	支 払 済 額	円
第三者行為(交通事故等)による傷病				あり ・ なし	
振込先	金融機関 名称	銀行・金庫・農協 ・その他()		本店・支店・出張所 ・その他()	
	預金別	普通 ・ 当座		口座番号	
	口座名義	カタカナ			
		漢字			
国民健康保険法施行規則第27条の5第1項の規定により上記のとおり申請します。 年 月 日 (あて先) 羽 島 市 長 世帯主 郵便番号 住 所 氏 名 個人番号 電 話 () —					

備考	決定点数	公費	費用額	給付割合	支払額
		円	円	割	円

※太枠内は記入しないでください。