国民健康保険特別療養費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証の記号番号 | 島９３ | (枝番) | 療養を受けた者 | 氏　　名 |  | 一般退職扶養高齢 |
| 傷病名 | 　 | 生年月日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 発病又は負傷年月日 | 年　　月　　日 | 療養期間 | 　　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日日間　　 |
| 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氏名 | 　 |
| 療養の給付を受けることができなかった理由 | 　 | 傷病の原因 | 　 | 療養に要した費用 | 円 |
| 傷病の経過 |
| 療養内容 |
| 医師の意見書 | 傷病名 | 　 |
| 補装具装用についての意見 | 　 |
| 装具の装備日　　　　　　年　　月　　日 | その日は　　入院・外来 |
| 　　　　　　年　　月　　日住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 振込先金融機関名口座番号 | 銀行　　　　　　　　本店信用金庫　　　　　　支店労働金庫　　　　　　支所農協　　　　　　　　　　 | フリガナ | 　 |
| 口座名義人の氏名 | 　 |
| 口座番号 | 　 |
| （注）振込先金融機関・口座番号等は世帯主のものを記入してください。 |
| 　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　　　　　　　　 　　　〒 　　　　住　　所　　伊達市世帯主　氏　　名電話番号　　 　　　　 －　　　　　－ |
| 伊達市長　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |

※死亡者の個人番号の記載は不要であり、記載がなくても有効な申請となります。

|  |
| --- |
| 受付担当者記入欄 |
| 窓口受付担当者印 |  | 窓口に来られた方 | 確 認 書 類 |
|  世帯主・同一世帯員 それ以外の方（要委任状） | 　免許証・パスポート・個人番号カード・保険証　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |