

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 9 3	(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 口 座 番 号	銀行 信用金庫 労働金庫 農協		本店 支店 支所	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（ ）