様式第８号

国民健康保険 特別療養費 支給申請書フォームの始まり



フォームの終わり

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記号・番号 | 島６０－ | | | | | | | | | | | | | | | 療養を受けた被保険者氏名 | （　一般　・　退職　） | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  | |  | | |
| 傷病名 |  | | | | | | | | | | | | | | | 療養期間 | 令和　　　年　　月　　日から  令和　　　年　　月　　日まで  日　間 | | |
| 診療、薬剤の支給又は受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 療養に要した費用 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 払渡希望  金融機関名 |  | | | | | | | | 口座番号  普・当 | | | | | |  | | | 口座名義人 |  |
| 上記のとおり、療養に要した費用の額に関する証拠書類を添えて申請します。  　　令和　　年　　月　　日  住　所  世帯主  氏　名  （電話　　　　　―　　　　　－　　　　　）   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   　　　　　　　世帯主個人番号  　西郷村長　　　　　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |