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 |