

国民健康保険特別療養費支給申請書

令和 年 月 日

湯 沢 市 長 様

住所
氏名
個人番号
電話

特別療養費の支給を受けたいので、次のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

(一般・退本・退扶)

資格証明書の 記 号 番 号	資一	被保険者証の 記 号 番 号			
診 察 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名		生 年 月 日	年 月 日		
診察を受けた被保 険者の個人番号		性 別		世 帯 主 と の 続 柄	
傷 病 名		診 療 期 間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)		
発 病 負 傷 年 月 日	年 月 日				
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診 療所、薬局その他の者の名称及び所在地並び に診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又 は薬剤師の氏名	名 称				
	所 在 地				
	氏 名				
傷 病 の 原 因					
傷 病 の 経 過					
療 養 の 内 容					
療養に要した費用	円	被 保 険 者 が 支 払 っ た 治 療 費	円		
備 考					