

国民健康保険特別療養費支給申請書

被保険者 記号・番号					
療養を受けた 被保険者氏名			個人番号		
療養を取り扱った保険 医療機関等又は訪問看 護ステーションの名称 及び所在地			診療等に従事し た医師等の氏名		
傷病名			発病又は 負傷年月日	年 月 日	
傷病の 原因					
療養期間	年 月 日から	<input type="checkbox"/> 入院	日間		
	年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 外来			
傷病の経過			療養の内容		
療養につき算定した 費用の額	円		支払済額	円	
第三者行為(交通事故等)による傷病				あり ・ なし	
振込先	金融機関 名称	銀行・金庫・農協 ・その他()		本店・支店・出張所 ・その他()	
	預金別	普通 ・ 当座	口座番号		
	口座名義	カタカナ			
漢字					
国民健康保険法施行規則第27条の5第1項の規定により上記のとおり申請します。					
年 月 日					
(あて先) 羽 島 市 長					
世帯主 郵便番号					
住 所					
氏 名					
個人番号					
電 話 () ー					

備考	決定点数	公費	費用額	給付割合	支払額
		円	円	割	円

※太枠内は記入しないでください。