

療 養 費 国民健康保険 支給申請書 特別療養費					
被保険者証の 記号番号	一般・退本人・退被扶	療養を受けた 被 保 険 者 氏 名		世帯主 と の 続 柄	
		個 人 番 号			
傷 病 名		療 養 期 間	年 月 日 から		
発病・負傷 年 月 日	年 月 日		年 月 日 まで 日 間		
診療・薬剤の支給又は手当を 受けた病院・診療所・薬局・ その他の者の名称及び所在地					
診療又は調剤に従事した医師 ・歯科医師又は薬剤師の氏名					
療養の給 付を受け ることが できな かった理由	1. ため保険医療機関等 でない医療機関で療養 等の給付を受けた。	発病 の原因 負傷			
	2. ため被保険者証を提 示しなかった。	傷病の経過			
	3. 生血の提供を受けた。	療養の内容			
	4. あんま、マッサージの施術を受けた。 5. 柔道整復の施術を受けた。	療 養 に 要した費用	円		
	6. 補装具を装着した。 7. その他	支 給 金 額	円		
備考					
<p>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。 なお、支給については、下記の口座へ振込されるよう依頼します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 白川町</p> <p style="text-align: center;">氏名 □</p> <p style="text-align: center;">電話番号 — —</p> <p style="text-align: center;">白川町長 様</p>					
振 込 先	銀 行	支店	口座番号		
	信用金庫		フリガナ		
	農 協		口座名義		



※申請者と口座名義人が違う場合は下記に署名・押印してください。

上記名義人口座への振込を承諾します。 申請者氏名

㊞