

国民健康保険 療養費・特別療養費 支給申請書

年 月 日

西川町長 殿

世帯主 住 所  
氏 名  
個人番号  
電話番号

印

被保険者証 の記号番号		療養を受けた被保険者	氏 名	
傷 病 名			生年月日	年 月 日
発病負傷の 年 月 日	年 月 日		個人番号	
療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	退職者 医療	本人・被扶養者	
療養・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				
療養給付等の支給を受けることができなかった 具体的理由			発病の原因	
			傷病の経過	
療養内容	内科・歯科・調剤・補装具・その他 ( )	療養に要した経費	円	
備 考	入院 ・ 外来	第三者行為の有無	有 ・ 無	

(注) 次の添付書類を提出すること。

- 1 領収書
- 2 医療費について申請する場合は、医療費明細書
- 3 コルセット又は血液代を申請する場合は、コルセット又は輸血を必要とする意見書

振 込 先 口 座	金 融 機 関 名	銀行 農協 信金 信組	本店 支店 本所 支所
	口 座 番 号		種目 普通・当座
	フリガナ		
	口座名義人 (世帯主)		