

国民健康保険特別療養費支給申請書

被保険者記号番号	鳴門・	年 月 診療分
個人番号		
診療を受けた被保険者氏名		
生年月日		世帯主との続柄
傷病名	療養期間	年 月 日 から
発病負傷年月日		年 月 日 まで (日間)
治療、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	別添のとおり
	所在地	別添のとおり
	氏名	別添のとおり
療養の内容		
添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 診療証明書 <input type="checkbox"/> 証明書 <input type="checkbox"/> その他	
備考		
療養に要した費用額	円	被保険者が支払った治療費
<p>上記のとおり申請(請求)します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 郵便番号 〒</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">個人番号</p> <p style="text-align: center;">申 請 者 (世帯主)</p> <p style="text-align: center;">TEL () -</p> <p>鳴 門 市 長 殿</p>		

ご注意 : 未納の保険料がある方については、給付の全部又は一部を差し止めることがありますので、必ず保険料を完納の上、特別療養費の申請をしてください。