

支給決議書	同 年 月 日			令和 年 月 日			支給決定金額
	決 済 年 月 日			令和 年 月 日			
	課長	係長	係員	係員	担当		
						円	

国民健康保険特別療養費支給申請書

(令和 年 月診療分)

(※ 注意 太線 の中 だけ 記入 して くだ さい。)	被 保 険 者 証 の 記 号 番 号		資 一										療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名		
	番 号												生 年 月 日 等	S・H・R 年 月 日	続柄
	傷 病 名				療養期間		令和 年 月 日		令和 年 月 日		日間				
	発病負傷年月日		令和 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														
	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		発病の原因				し療た養に費に用要				円				
			傷病の原因												
			療 養 内 容												
	備 考														
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。															
令和 年 月 日															
世帯主 住 所 藤里町															
氏 名															
個人番号															
電話番号															
藤里町長 殿															