

国民健康保険 療 養 費 支給申請書  
 特別療養費

年 月 日

河北町長 殿

世帯主 住所 河北町

氏名 ㊟

世帯主 個人番号	
-------------	--

被保険者証 の記号番号	河北	療養を受けた 被保険者の 氏 名	
傷 病 名		個人番号	
発病負傷の 年 月 日	平成 年 月 日	退職者医療	本人・被扶養者
療養期間	平成 年 月 日から ( 日間) 平成 年 月 日まで		
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			療養に要した経費 円
備 考			
入 外	入院 ・ 外来	発病又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：その他

注) 次の書類を添付すること。

- 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