

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

申請人（世帯主）

住所 _____

氏名 _____

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		療 養 を 受 け た 被 保 険 者 の 氏 名	
		個 人 番 号	
傷 病 名		発 病 の 原 因	
発 病 負 傷 の 年 月 日		傷 病 の 経 過	
療 養 期 間	年 月 日から (日間) 年 月 日まで		
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	名 称		
	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			
療養内容		療養に要した経費	円
備 考			

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