

様式第2号

国民健康保険 特別療養費支給申請書					
被保険者証 記号番号		療養を受けた被 保険者氏名		退 職 被 保 險 者 等 の 別	1 本人 2 被保険者
傷 病 名		療養期間	平成 年 月 日から		
発病、負傷 年 月 日			平成 年 月 日まで	日間	
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	「資格証明書で受診 したもの」と記入	発病の 原因			療 養 に 要 し た 費 用
		傷病の 経過			
		療養内容			
振込希望の 金融機関名	銀行 本店 普通 農協 支店 当座				
備 考	平成 年 月 日	充当承諾書提出済			
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>佐々町長 様</p>					