

国民健康保険 療 養 費 支給申請書
特別療養費

令和 年 月 日

酒田市長 宛

次のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

世帯主	氏 名 _____ 個人番号 _____ 住 所 酒田市 _____ 電話番号 () _____		
療 養 を 受 け た 被 保 険 者	氏 名 _____ 個人番号 _____ 生年月日 昭和 _____ 平成 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 世帯主から見た続柄 _____ 被保険者記号・番号 _____		
受取方法	受取窓口：ア 市役所 イ 八幡総合支所 ウ 松山総合支所 エ 平田総合支所 1 口座振込 2 窓口払 受取希望日： 年 月 日		
振込み先 口 座	銀行 支店 1 普通預金 農協 支所 2 当座預金 金庫 店 番 _____ (カタカナで記入) 口座番号 _____ 口座名義人 _____		
委 任 欄	※世帯主と口座名義人が異なる場合に記入してください。 療養費の受領を上記の口座名義人に委任します。 委任者(世帯主) _____ (印)		
第三者行為	有 ・ 無		

療養内容の詳細は裏面になります。

負担割合	7 ・ 8	総費用額	円
医 療 証	身障・子育て・ひとり親・なし	支 給 額	円

療養に関する詳細は、次のとおりです。

傷病名		発病負傷の 年 月 日	年 月 日
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
医療機関等の 名称及び 所在地			
医師等の氏名			
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	
		傷病の経過	
療養内容		療養に 要した費用	円
備考			