

国民健康保険 療 養 費 支給申請書  
特別療養費

年 月 日

高島町長 高梨 忠博 殿

住 所  
世帯主 個人番号  
氏 名

被保険者証 記号番号		疾 病 名	
氏 名		発症負傷年月日	年 月 日
生年月日	年 月 日	退職者医療	本人 ・ 扶養
個人番号			
交通事故等の第三者行為	有 ・ 無		
療養機関	年 月 日から 年 月 日まで	日間 (入院・外来)	
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			
療養給付等の支給を受けることができなかった具体的な理由	発病の原因		
	傷病の経過		
療養内容	療養に要した費用		円

1 口座振込    2 現金			
金融機関	本店・支店	口座番号	口座名義
			-----

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、診療明細書
- 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