

国民健康保険 療養費 特別療養費 支給申請書

年 月 日

寒河江市長 様

世帯主 住 所 寒河江市
氏 名
個人番号
電話番号

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		区 分	一般 ・ 高齢 2 割 ・ 高齢 3 割 ・ 未就学児 課税 ・ 非課税										
療養を受けた 被 保 険 者		生 年 月 日	年 月 日										
		個 人 番 号											
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)												
療養・薬剤の支給又は手当を受 けた医療機関等の名称・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	1 現物給付を受けることができない		発病の 原 因										
	2 資格喪失後受診		傷病の 経 過										
	3 マイナンバーカード、資格確認書 を持参しなかった												
	4 その他 ()												
療養内容	医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ 装具 その他 ()		療養に要した経費		円								
受取方法	1 口座振込 2 窓口払 (市役所会計課)												
振 込 口 座 等	金 融 機 関 名	・ 銀行 ・ 信用組合 ・ 農協 ・ 労働金庫 ・ 信用金庫										・ 本店 ・ 支店 ・ 支所	
	口 座 番 号 (右詰で記入)									口座の 種 類	普通		
	フリガナ												
	口 座 名 義 人												
※世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は、次の受取委任の欄に記入してください。 本申請に基づく給付金の受領に関する権限を委任します。 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 代理人 住 所 氏 名													
										第三者行為		有 ・ 無	