

国民健康保険特別療養費支給申請書

被保険者 記号番号			療養を受けた 被保険者氏名			世帯主 との続柄		
			個人番号					
傷病名			療養期間	自 年 月 日		日間		
発病・負傷 年月日	年 月 日			至 年 月 日		(装着日等)		
診察、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								
療養を受け ることがで きなかつた 理由	発病の原因				療養に 要した 費用			
	傷病の経過							
	療養の内容							
世帯主振込希望の 金融機関	銀行 協		支店 支所	(フリガナ) 預金名義				
	預金種別	普通・当座		口座番号				
委任状	<p>私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。</p> <p>年 月 日支給申請した特別療養費の受領に関すること。</p> <p>世帯主住所 氏名</p> <p>代理人住所 氏名</p>							
<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>年 月 日</p> <p>申請者 住所 (世帯主) ( 区)</p> <p>氏名</p> <p>長門市長 様</p>								
			個人番号					