

国民健康保険（特別）療養費支給申請書

花巻市長 様

年 月 日

世帯主 住所

個人番号

氏名

電話

下記のとおり療養に関する別紙関係書類を添えて申請します。

記号番号		療養を受けた者の氏名				
		個人番号				
区分	一般・退本・退扶 高（1割）・高（3割）	生年月日	続柄			
療養の給付を受けることができなかつた理由	1 一般診療（海外診療）	医・歯・調 理由 （資格者証交付 年 月 日） （資格取得 年 月 日、資格喪失 年 月 日）				
	2 補装具・小児弱視等治療用眼鏡	※前回作成日 年 月 日				
	3 その他	柔整・あん摩マッサージ・鍼灸・その他（ ）				
	4 移送費	移送日 年 月 日				
療養を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	療養に要した費用	円			
療養を受けた医療機関等の名称及び所在地・医師名						
振込先口座	銀行・信金 労金・農協	預金種別 普通・当座 番号	窓口 医療費助成を受けていますか （受給者証を持っていますか） ある・ない 重・乳・妊 ひ・寡・公			
	本店・支店	口座名義人 （カタカナで記入）				
委任状 （申請人、口座名義人が世帯主でない場合）						
1. 療養費の受領を代理人に委託します。		世帯主名	印			
2. 医療費助成制度から支給された療養費の受領を花巻市長に委任します。		代理人 住所				
令和 年 月 日		氏名	（続柄）			
医師の意見欄	傷病名					
	補装具装用についての意見	装具の装着日 年 月 日	入院・外来			
		上記のとおり証明する。 医師 住所 氏名	印			
決定	点数 点	費用額 円	給付割合 割	一部負担金 円	支給額 円	指定公費 円