

様式第3号（第2条関係）

国民健康保険 療養費 支給申請書
 特別療養費

年 月 日

島田市長

住所
 氏名
 世帯主 電話番号
 個人番号

次のとおり 療養費 特別療養費 の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

被保険者証の記号番号											種 別	一 般 退 本 退 扶			
療養を受けた被保険者の 氏名、生年月日及び個人番号	年 月 日														
傷 病 名				療 養 期 間			年 月 日から			年 月 日まで					
発病（負傷）年月日	年 月 日						日			日間					
発病（負傷）の原因				療養の給付を 受けることが できなかった 理 由											
傷 病 の 経 過															
療 養 の 内 容															
療養に要した費用	円			※支給決定額			円								
交通事故等の第三者行為の有無	□有 □無														
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															

委 任 欄	本申請に基づく金額の受領を代理人に委任します。										
	(世帯主) 氏 名										印
	(代理人) 住 所										印
氏 名											印

公金受取口座への支給希望		□有 □無（無の場合は、以下の欄に記入）			
口座振込先 金融機関名	銀 行	本 店 支 店 出張所	普 通 当 座	フリガナ 口座名義人	
	信用金庫 農 協 労働金庫			口 座 番 号	

(注) ※印の欄は、記入しないでください。