

様式第4号 (第10条関係)

国民健康保険 療養費 特別療養費 支給申請書 特例療養費					
被保険者証の記号番号		一般・退職の別	・一般・退職本人・退職被扶養者		
療養を受けた被保険者名		生年月日	S. H	年	月 日
傷病名		療養期間	年	月	日から
発病、負傷年月日	年 月 日		年	月	日まで 日間
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					
療養の給付を受けることができなかった理由	1. <span style="float: right;">のため</span> 保険医療機関等でない医療機関で療養等の給付を受けた。	傷病の原因			
	2. <span style="float: right;">のため</span> 被保険者証を提示しなかった。	傷病の経過			
	3. 生血の提供を受けた。				
	4. あんま、マッサージの施術を受けた。	療養内容			
	5. 柔道整復の施術を受けた。	療養につき算定した費用の額 (特例療養費の場合支払った一部負担金の額)	円  (支給額: 円)		
6. 補装具を装着した。					
7. <span style="float: right;">のため</span> 退職被保険者証を提示しなかった。					
8. 海外で療養した。					
9. 社会保険資格切れ。					
振込金融機関		口座番号	フリガナ 口座名義		
支店名					
備考					
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。					
平成 年 月 日					
〒 _____					
住所 本巢市					
世帯主 氏名 _____ ㊟					
電話番号 ( ) _____					
本巢市長 様					
療養を受けた被保険者は、本巢市福祉医療費助成対象者(乳・重・母・父)ですか。(はい・いいえ)					