

国民健康保険(特別)療養費支給申請書

被保険者証の記号番号	30-								
療養を受けた被保険者氏名		生年月日		年	月	日			
個人番号									
疾病名									
発病負傷年月日									
療養期間									
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								第三者行為の有無	
診療又は調剤に従事した医師								有・無	
療養の給付を受けることができなかった理由	<input type="checkbox"/> 診療費(国内) <input type="checkbox"/> 診療費(海外) <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 柔道整復 <input type="checkbox"/> あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> はり・きゅう <input type="checkbox"/> その他 ( )								
療養に要した費用									円
振込口座	金融機関名							<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 農協
	支店名							<input type="checkbox"/> 漁協	<input type="checkbox"/> 信組
	種別	<input type="checkbox"/> 普通	口座番号					<input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 本店
		<input type="checkbox"/> 当座						<input type="checkbox"/> 支所	<input type="checkbox"/> 出張所
	口座名義カナ(カタカナで記入)								

※ 口座は世帯主名義のものに限ります。尚、特別療養費の申請では原則として窓口払とさせていただきます。

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請しますので、上記口座への下記決定額の送金を依頼します。

久山町長 殿  
年 月 日

世帯主 住所 \_\_\_\_\_  
 世帯主 氏 名 \_\_\_\_\_  
 世帯主個人番号 \_\_\_\_\_  
 申請者 氏 名 \_\_\_\_\_ 世帯主との続柄 \_\_\_\_\_  
 申請者個人番号 \_\_\_\_\_

※ 以下の欄には記入しないでください

保険区分	年齢区分	療養区分	給付対象額	保険者負担分(A)	一部負担金
1 一般	1 一般	1 診療(国内外)			1 30%
2 退職	2 前65-69	2 補装具			2 30%
	3 前8割	3 柔道整復			3 20%
	4 前7割	4 アンマ・マッサ			4 30%
	5 就学前	5 はりきゅう			5 20%
	8 前8割(S19.4.2以降生)	6 その他			8 20%
うち薬剤一部	国保優先	指定公費(B)	支給額(A)+(B)	保険税	区分
		3のみ		1 完納 2 未納	1 療養費 2 特別療養費