

特 例 療 養 費 国民健康保険 療 養 費 支給申請書 特 別 療 養 費											
被 保 険 者 証 記 号 番 号					保 険 区 分						
療養を受けた 被保険者氏名					療養を受けた被 保険者個人番号						
療養を受けた被 保険者生年月日		昭和・平成・令和 年 月 日									
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬 局、その他の者の所在地、名称及び氏名											
療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が 出 来 な か っ た 理 由	1. のため 療養取扱機関でない医療機関で 療養等の給付を受けた				傷 病 名						
	2. のため 被保険者証を提出しなかった				発病・負傷原因		一 般 疾 病 ・ 第三者行為				
	3. 生血の提供を受けた				発病・負傷又は 診療開始年月日		年 月 日				
	4. あんま師、マッサージ師等の施術 を受ける				入院・外来の別		入 院 ・ 外 来				
	5. 柔道整復の施術を受ける				療 養 期 間		年 月 日 から 年 月 日 まで 日 間				
	6. 補装具を装着する				傷 病 の 経 過						
	7. 看護又は移送のため				療 養 内 容						
	8. のため退職 被保険者証の提出ができなかった				療養に要した 費用（10割）		円				
振 込 先 口 座	金 融 機 関 名					口 座 種 別					
	銀行・信用金庫 農協・信用組合					店		普 通 ・ 当 座			
	口 座 番 号					フリガナ					
						口 座 名 義 人					
上記のとおり別紙証拠書類を添えて申請します。 年 月 日 中津川市長様 (世帯主) 住 所 電 話 氏 名 個人番号											
決 定 点 数		費 用 額		給付割合		一部負担金		公 費		支 払 額	
点		円		割		円		円		円	
本 苗 坂 落 阿 神 坂 川 加 付 福 蛭 山 子 庁 木 本 合 木 坂 下 上 母 知 岡 川 口				国民健康 保険料の 有無		有 ・ 無		備考			