

太枠内を記入してください。

**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	中	保険区分	一般・退職本人・退職家族			
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 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	平成 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	平成 年 月 日 から 平成 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。						
平成 年 月 日						
中津川市長様						
(世帯主)						
住所 中津川市 _____ 電話 _____						
氏名 _____ 印 _____ 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 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		