

様式第 8 号(第 8 条関係)

療養費
国民健康保険 特別療養費 支給申請書
移送費

入院	外来
1.本入	2.本外
3.六入	4.六外
5.家入	6.家外
7.高入一	8.高外一
9.高入 7	0.高外 7

1.一般 4.退職

年 月分

療養を受けた 被保険者氏名	保険者番号				
生年月日	年 月 日	被保険者証 記号・番号	和 37 -		
被 保 険 者 の 個 人 番 号					
発病負傷年月日	年 月 日	療養期間	日間	年 月 日	
療養の種類別	(療養が行われた日)		年 月 日		
傷 病 名					
疾病又は負傷は第三者の 行為によるものですか	はい いいえ	第三者の氏名 及び住所			
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			発病又は 負傷の原因		
診療、調剤又は手当に従事した医師、 歯科医師、薬剤師その他の氏名			傷病の経過		
療養費の支給を申請した理由(被保険者証で 治療を受けられなかった具体的な理由)			療養内容		
備考					
療養に要した費用額	円				
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。					
年 月 日		〒		和歌山県日高郡印南町大字	
		申請者 住 所		印	
		フリガナ			
		氏 名			
		個人番号			
		電話番号			
印南町長 様					
(上記の支給される金額の受領を委任する場合)					
〒		上記の支給される金額の受領について			
住 所		左記の者に委任します。			
フリガナ		印			
氏 名		世帯主名		印	
電話番号		(委任者)			
世帯主(委任者)との続柄					
振 込 先	金融機関名	本(支)店名		預金の種類	
				普通・当座・その他()	
	口座名義人	金融機関コード		口座番号	
	フリガナ	-			

保険者記入欄															
・診療年月 _____ 年 _____ 月			・療養費種類 _____			・入外別 _____			・医療機関コード _____						
・委任区分 ①一部納付 _____ 円			②全部納付 _____ 円			・保留区分									
審査認定額						円	食 事 療 養	回							円
一部負担金						円		食事標準負担金							円
保険者負担額						円		保険者負担金							円