様式第8号(第18条関係)

国民健康保険特別療養費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | | | | |  | | | | | | | 資格証明書番号 | | |  | | | | |
| 療養を受けた被保険者 | | | 住所 | |  | | | | | | | 性別 |  | 個人番号 | | | | |  |
| 氏名 | |  | | | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 傷病名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発病負傷日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | 診療を受けた日数 | | | | | 日 | | |
| 診療期間 | | | 自　　　　年　　月　　日　　　～　　　至　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療、薬剤の支給又は手当てを受けた療養取扱機関の名称、住所地及び医師、歯科医師又は薬剤師の氏名 | | | | | | | | | 所在地  名称  氏名 | | | | | | | | | | |
| 傷病の原因 | |  | | | | | | 傷病の経過 | | 治癒・死亡・転医  中止・繰越・軽快 | | | | 療養の内容 | | | |  | |
| 療養に要した費用 | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者が支払った治療費 | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | |
| 申請金額 | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座番号 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記について、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。  年　　月　　日  　能代市長　　　　様  申請者　住所  　　　　氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 審査決定額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治療に要した費用 | | | | | | 保険者負担分  (支給決定額) | | | | | 被保険者負担分 | | | | | 公費負担分 | | | |
| 円 | | | | | | 円 | | | | | 円 | | | | | 円 | | | |

　※太枠内は、記入しないでください。