

様式第3号（第2条関係）

国民健康保険 療養費 支給申請書  
 特別療養費

年 月 日

島田市長

住所  
 氏名  
 世帯主 電話番号  
 個人番号

次のとおり 療養費 特別療養費 の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

被保険者証の記号番号				種別	一般 退本 退扶
療養を受けた被保険者の 氏名、生年月日及び個人番号		年 月 日			
傷病名		療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
発病（負傷）年月日	年 月 日				
発病（負傷）の原因		療養の給付を 受けることが できなかった 理由			
傷病の経過					
療養の内容					
療養に要した費用	円	※支給決定額	円		
交通事故等の第三者行為の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
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					
診療又は調剤に従事した医師、 歯科医師又は薬剤師の氏名					

委任欄	本申請に基づく金額の受領を代理人に委任します。				
	(世帯主) 氏名				印
	(代理人) 住所 氏名				印

公金受取口座への支給希望		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無（無の場合は、以下の欄に記入）			
口座振込先 金融機関名	銀行	本店 支店 出張所	普通 当座	フリガナ	
	信用金庫 農協 労働金庫			口座名義人	
				口座番号	

(注) ※印の欄は、記入しないでください。