

決 裁	課長	係長	係員

特別療養費支給申請書

被保険者証の記号・番号	山10				
療養を受けた被保険者氏名	男 女	生年 月日	昭・平 年 月 日	世帯主 との続柄	
傷病名				発病又は負傷の 年 月 日	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、その他の者の名称及び所在地	名 称				
	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					
発病の原因			傷病の経過		
療養内容			療養期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	
療養に要した費用 円					
申請者名義の振込希望金融機関名	銀行 農協	支店 支所	普通 当座	口座 番号	
備考					
<p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 世帯主 氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>光 市 長 様</p>					

委 任 状	私は、	平成 年 月 日	を代理人と定め、次の権限を委任する。
			支給申請した特別療養費の受領に関すること。
			世帯主 住所
			氏名 印
		代理人 住所	
		氏名	印