

様式第12号（第17条関係）

| 国民健康保険特別療養費支給申請書 | | | | | |
|--|----------------|-----------------|----------|----------------------------|--|
| 被保険者記号・番号 | | 山10— | | | |
| 療養を受けた被保険者氏名 | | 退職被保険者等の別 | | 1 本人 2 被扶養者 | |
| 個人番号 | | 性別 | | 男・女 | |
| 生年月日 | | 年 月 日 | | 年 月 日 | |
| 傷病名 | | 発病、負傷 年 月 日 | | 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 | | | | | |
| 療養の給付を受けることができなかった理由 | | | | | |
| 発病の原因 | | 傷病の経過 | | | |
| 療養内容 | | 療養期間 | | 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間 | |
| 療養に要した費用 円 | | 日間 | | | |
| <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。（利用する場合は口座情報の記入不要） | | | | | |
| 振込希望の金融機関名 | 銀行 信金 農協 | 支店 支所 出張所 | 普通 当座 | 口座番号 | |
| | | | | フリガナ | |
| | | | | 口座名義人 | |
| 備考 | | 年 月 日 充当承諾書提出済 | | | |
| 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 <div style="text-align: right;"> 住所 _____ 世帯主 氏名 _____ 個人番号 _____ </div> 光市長 様 | | | | | |