

受付印

受理印

国民健康保険特別療養費支給申請書

年 月診療分（ 入院 ・ 外来 ）

☐ 医科 ☐ 歯科 ☐ 調剤 ☐ 治療用装具 ☐ 海外療養費 ☐ その他（ ）

被 保 険 者 記 号 番 号		療養を受けた 被保険者氏名		個人番号	
療養の給付 を受けること が出来な かった理由	☐ 資格確認書（特別療養）による受診のため				
振 込 先	☐ 公金受取口座（マイナンバーカードに登録した口座）を利用する （利用する者は口座情報の記入不要）				
	☐ 振込口座を指定する				
	銀行 農協 信組 信金	本店 支店 出張所	口座種別	普通 当座	
	フリガナ 口座名義人		口座番号		
（世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に署名してください。） 上記名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名					
上記のとおり、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 世帯主 住 所 安芸高田市 町 番地 氏 名 個人番号 電話番号 安芸高田市長 様					
[受付時確認] 添付書類等	医療費	☐ 診療報酬等請求明細書 ☐ 領収書（原本）			受付者印
	支払い	☐ 口座振込み ☐ 現金（本庁窓口支払い）			

以下記入不要

療養期間	年 月 日から 月 日まで 日間				
診療又は調剤に従事した医師、歯科 医師又は薬剤師の名称					
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				
傷病名及びその原因		発病負傷年月日	年 月 日		
傷病の経過		療養内容			
①給付率	0.7 0.8				
②療養につき算定した費用の額					
③審査結果の増減額					
④審査決定費用額					
⑤支給決定額（審査決定費用額×給付率）④×①					
区分	☐ 一般 ☐ 前期一般（低Ⅰ・低Ⅱ） ☐ 前期現役並み ☐ 未就学				
	☐ 原爆 ☐ 乳幼児 ☐ 重度 ☐ ひとり親				