



| 受付 | 1次 | 2次 | 決定金額 (円) | | | |
|----|----|----|----------|--|--|--|
| | | | | | | |

国民健康保険 療養費 支給申請書
特別療養費

年 月 日

鶴岡市長様

住所 _____
 方書 _____
 世帯主氏名 _____
 世帯主個人番号 _____
 TEL _____

| | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|--------|------------------------------|--------------------|
| 被保険者 記号・番号 | つる国 | 一般・高2割 高3割・未就学児 | | 療養を受けた者の氏名 | 続柄 |
| | | | | 個人番号 | |
| 宛名番号 | | 傷病名 療養内容 | 別紙のとおり | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 福祉有無 | 無・身・子・親 | | | | |
| 第三者行為(他者)による負傷の該当について | | <input type="checkbox"/> はい | | <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 療養給付の支給を受けることができなかった理由 (該当する番号に○) | 1. 一般診療 | | | | |
| | 2. 補装具 | * 採型月 : 年 月 * 採型時 : 入院・外来 | | | |
| | 3. 小児弱視等治療用眼鏡 | * 作成回数 : 初回・回目 * 前回作成 : 年 月 | | | |
| | 4. その他 | | | | |
| 療養を受けた医療機関等の名称及び所在地 | | | | 療養を受けた期間 | 年 月 日から 年 月 日まで |
| 療養に要した費用額 | | | | 自己負担 (割) | |
| | | | 円 | | 円 |
| 振込先 | 金融機関名 | | | 支店・支所名 | |
| | 金融機関コード | | | 支店コード | |
| 口座番号 | | | | | |
| 口座名義人 | | 氏 | | 名 | |
| (カタカナで記入願います) | | | | | |
| 備考 | 社団外データ入力(7000点以上・70歳以上) | | | | |
| | 不要・要 (月審査) | | | | |

- 1 領収書 本人確認(本人) ①個人番号カード ②写真付身分証 ③公的通知2種
 2 医療費について申請する場合は、医療費明細書 代理人確認 ①個人番号カード ②写真付身分証 ③公的通知2種
 3 コルセット又は血液代を申請する場合は、コルセット又は輸血を必要とする意見書