

負担割合		決定額							
		一部負担額							
一般 10割	前期 10割	支給額							
		公費負担	福		障				

支給申請書受理番号：

国民健康保険特別療養費支給申請書																	
被保険者 記号番号	茅・				療養を受けた 被保険者氏名												
被保険者の 個人番号									生年 月日	年	月	日					
傷病名																	
発病負傷 年月日	年						月		日		入・外 区分	入院・外来					
療養期間 (調剤・施術)	年						月		日		から	月	日	まで	日間		
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												
	所				在 地												
診療調剤又は手当に従事した医師、 歯科医師、薬剤師その他の者の氏名																	
特別療養費の支給申請をした理由 <療養の給付等を受けら れなかった具体的な理由>				☐ 資格確認書（特別療養）が交付されたため ☐ 資格情報のお知らせ（特別療養）が交付されたため													
発病又は負傷の原因																	
第三者行為の有無				有・無				療養に要した費用									
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。										百万	十万	万	千	百	十	円	
(宛先) 茅野市長										年		月		日			
申 請 者	住 所																
(世帯主)	氏 名											電 話		—		—	
個人番号																	
振 込 先	☐ 公金受取口座を利用する(マイナポータル等で登録した口座を利用される方) ※公金受取口座を利用する場合は、下記の口座情報の記入は不要です。																
	☐ 振込口座を指定する																
	金 融 機 関	銀行 信用金庫 農業協同組合 信用組合										支 店 支 所					
		(右話前0) 口座番号									口座 種別	普通・当座・その他					
		口座名義人 (カタカナ)															
(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印してください。)																	
上記名義人口座への振込を承諾します。世帯主氏名																	
Ⓜ																	

処 理 覧	本人・番号確認	添付書類	福祉医療	入力	受付
	個番力・通力 / 免・在力・資・診 障害手帳・年金手帳・通帳・キャッシュカード その他 ()	01一般診療 ☐ 領収書 ☐ 02補装具 ☐ 領収書 ☐ 指示書 以外 ☐ 領収書 ☐			