

国民健康保険療養費(特別療養費)支給申請書



金額	千	百	十	万	千	百	十	円
----	---	---	---	---	---	---	---	---

太枠の中だけ記入してください。

※療養費の支給申請では個人番号の記載は必須ではありません。

字
加
入

被保険者 記号・番号	小樽	療養を受けた 被保険者	個人番号 氏名	世帯主 続柄
傷病名	別紙証拠書類のとおり	療養期間	令和 年 月 日 から 令和 年 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及び所在地		所在地 名称		
診察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(治療材料を除く。)				
傷病原因について、業務上又は第三者行為の有無 (有 無)				
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添付して申請します。				
令和 年 月 日 郵便番号 〒 TEL ー ー 号 住所 小樽市 丁目 番 号 町 番地				
小樽市長 迫 俊 哉 様			個人番号	
			世帯主 氏名	㊞

字
加
入

支払区分	1	窓 口 払	4	口 座 振 替 払	7	隔 地 払	△	支 出 特 例
口座振替 の場合	振込先金融機関		預金の種類 A 普通 B 当座		フリガナ 口座名義人			
			口座番号					
受領を 委任す る場合	私は、次の者を代理人と定め、療養費(特別療養費)の受領に係る一切の手続を委任します。				令和 年 月 日			
	代理人の住所 郵便番号〒		小樽市 丁目 番 号		氏名 委任者の氏名 ㊞			
	氏名				(現金での受領の場合に要する印鑑 ㊞)			

上記の療養を受けた期間に病院等に支払った金額				円			
レセプト点数	点	バッチ番号		薬剤負担額	円		
給付の種類	1	一 般	2	退 職 本 人	3	退 職 扶 養	

海外において療養を受けた場合の費用額の計算書(AとBとのいずれか少ない方を費用額とする。)			
療養に要した 費用額	実際に支払った金額	外国為替換算率(売レート)	日本円に換算後の金額(A)
			円
国内において同様の疾病につき療養を受けた場合の費用額(B)			円

上記の申請に基づく療養費(特別療養費)の支給について審査の結果、次のとおり支給額を決定します。				
調書	療養に要した費用額	一部負担額	他法負担額	支給決定額
	円	円	円	円

郵送で書類を提出される方へ

◎個人番号を記載して書類を提出していただく場合、免許証等の本人確認書類の写しの添付が必要です。

◎上記の本人確認書類の写しは、個人番号カード、免許証、身体障害者手帳、パスポート、雇用保険受給資格者証など、顔写真付きの書類の場合は1点、健康保険証や介護保険証、年金手帳、年金証書、ふれあいパスなど顔写真のない書類の場合は2点の添付が必要です。

◎個人番号が分からない等、記載が難しい場合は、個人番号の記載を行わなくても手続を行うことができます。