

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
抹
入
消

小
樽

被保険者 記号・番号	小樽	123456	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(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。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 郵便番号 〒 047-0024 TEL 0134 - 〇〇 - 〇〇〇〇 住所 小樽市 花園2 丁目 12 番 1 号 町 番地 小樽市長 迫 俊 哉 様 個人番号 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 世帯主 氏名 小樽 太郎 小樽												
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		オタル タロウ				
	小樽銀行 小樽支店		口座番号		1234567		口座名義人		小樽 太郎			
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。 代理人の住所 郵便番号〒 小樽市 丁目 番 号 氏名 町 番地 委任者の氏名 (現金での受領の場合に要する印鑑 印)						令和 年 月 日					

字
抹
入
消

小
樽

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

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