



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 ()

被保険者証 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	<input type="checkbox"/> 被保険者資格証明書による受診のため				
振 込 先	<input type="checkbox"/> 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)				
	<input type="checkbox"/> 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】	医療費	<input type="checkbox"/> 診療報酬等請求明細書 <input type="checkbox"/> 領収書 (原本)			受付者印
添付書類等	支払い	<input type="checkbox"/> 口座振込み <input type="checkbox"/> 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前					
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	0.9	
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	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職扶養 <input type="checkbox"/> 前期一般 (低 I ・ 低 II) <input type="checkbox"/> 前期現役並み <input type="checkbox"/> 未就学				
	<input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> ひとり親				