

国民健康保険		療 養 費 特別療養費		支給申請書								
被保険者証の記号番号												
療養を受けた被保険者の氏名、生年月日及び個人番号												
		年 月 日			個人 番号							
診療・薬剤の支給又は手当てを受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地												
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	1 保険医療機関等でない医療機関で療養等の給付を受けた。 [理由]			傷病名								
				傷病原因								
	2 国民健康保険被保険者証を提示しなかった。 [理由]			発病負傷年月日		年 月 日						
				療養期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間						
	3 生血の提供を受けた。			傷病経過								
	4 あんま、マッサージの施術を受けた。			療養内容								
	5 柔道整復の施術を受けた。			発症又は負傷の理由		1 : 第三者行為 (交通事故等) 2 : 業務上の災害 (通勤災害等) 3 : その他 (自損事故・疾病等)						
6 補装具を装着した。												
療養につき算定した費用の額				円								
上記のとおり療養に要した費用の額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 美濃加茂市 氏 名 美濃加茂市長 宛 個人番号 (電話番号)												
振込先	金融機関		銀行 金 庫 農 協 信用組合 店									
	預金種目		普通 当座		口座番号							
	口座名義 (カナ)											
世帯主と口座名義人が異なる場合、上記名義人口座への振込に承諾します。 世帯主氏名												
上記の保険給付を未納の国民健康保険料に充当することができます。充当する場合は、次の「充当承諾書」に御記入ください。 充当承諾書 年 月 日 美濃加茂市長 藤井 浩人 宛 私は上記の保険給付を国民健康保険料に充当することを承諾します。 世帯主氏名												
※支給決定										未就学		高齢2割
資格取得日 年 月 日 事由										/		高齢3割