

国民健康保険特別療養費支給申請書 (年 月診療分)					受付	確認
被保険者証の 記号・番号	奈3	療養を受けた 被保険者	氏名 ----- 生年月日	世帯主との続柄		
療養を取り扱った保険医療機関等 または訪問看護ステーション		名 称				
		所在地				
傷病名		療養期間	年 月 日から 年 月 日まで			
療養につき算定した費用の額		円				
口座振替 (銀行・支店コード)	銀行 農協 信用金庫 ()	本店 支店 ()	1. 普通 2. 当座 3. その他 ()	口座番号() フリカ`ナ 名 義() (世帯主に限る)		
<p>上記のとおり特別療養費に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 なお、この申請に関して課税台帳及びその他課税資料を確認することに同意します。</p> <p>年 月 日 世帯主 住所</p> <p>大和郡山市長 様 氏名 _____ 印 電話 _____</p> <p>届出人 氏名 _____ 印 電話 _____</p>						
特別療養費支給額						
一般		退職				
円		円				
備考						