

特 例 療 養 費 国民健康保険 特 別 療 養 費 支 給 申 請 書 療 養 費						
被 保 険 者 番 号		療養を受けた被保険者氏名				
傷 病 名	生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日				
	個 人 番 号					
発症、負傷年月日	令和 年 月 日	療 養 期 間	年 月 日から	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						
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 取 る 理 由 が でき	1.	のため療養取扱機関でない医療機関で療養等の給付をうけた。	発 症 の 原 因	<input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> その他		
	2.	のため被保険者証を提出しなかった。	傷 病 の 経 過			
	3.	生血の提供を受けた。	療 養 内 容			
	4.	あんま・マッサージの施術を受けた。	療 養 に 要 した 費 用			
	5.	柔道整復の施術を受けた。				
	6.	補装具を装着した。				
振 込 先	<input type="checkbox"/> マイナポータルに登録されている公金受取口座を利用する ※公金受取口座への振込を希望する場合、個人番号を基に情報照会を行うことに同意したものとみなします。 ※公金受取口座への振込を希望し、上記にチェックを入れた場合は、以下の金融機関情報について記載の必要はありませんが、記載があった場合には、以下の金融機関への振込を優先します。					
	金融機関名	支店名	種別	口座番号	(フリガナ) 口座名義	
	銀 行 信 用 金 庫 農 協	支 店 本 店 出 張 所	普 通 ・ 当 座			
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 令和 年 月 日 申請者(世帯主) 住 所 岐阜県揖斐郡池田町 個人番号 氏 名 (印) 電話番号 池田町長 様						

※療養費ご請求に伴い、国民健康保険税に未納がある世帯の方は、保険税の充当及び納税相談等をさせていただきますこととなります。