

様式第8号

国民健康保険 療 養 費 支給申請書
特別療養費

年 月 日

舟 形 町 長 様

世帯主 住所

氏名

印

個人番号 _____

被保険者証 の記号番号	舟 ・	療養を受けた被 保 険 者 の 氏 名	
傷 病 名		個 人 番 号	
発病負傷の 年 月 日	年 月 日	退 職 者 医 療	本人・被扶養者
療 養 期 間	年 月 日 年 月 日	日から (日間) 日まで	
療養・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			
療養給付等の支給を受けるこ とができなかつた具体的理由		発病の原因	
		傷病の経過	
療養内容		療養に要した経費	円
備 考	第三者行為の有無	有 ・ 無	

注) 次の書類を添付すること。

- 1 領収書
- 2 医療費について申請する場合は、医療費明細書
- 3 コルセット又は血液代を申請する場合は、コルセット又は輸血を必要とする意見書