

| | | | | | |
|---|-------------------------|-------------------|------------------------------|---------------------------------------|-----|
| 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 | | |
| | | | 個人番号 | | |
| 療養を取り扱った保険医療機関等 又は訪問看護ステーションの名称 | | | | | |
| 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() フリガナ 名 義() (世帯主に限る) | |
| 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。 | | | | | |
| 年 月 日 | | 住所 | | | |
| 大和郡山市長 様 | | 世帯主 | | 氏名 印 | |
| | | | | 個人番号 | |
| | | | | 電話 | |
| | | 届出人 | | 氏名 印 | |
| | | | | 電話 | |
| 特別療養費支給額 | | | | | |
| 一般 | | 退職 | | 円 | |
| 備考 | | | | | |