



受付	1次	2次	決定金額 (円)			

国民健康保険 療養費 支給申請書
特別療養費

年 月 日

鶴岡市長様

住所 _____
 方書 _____
 世帯主氏名 _____
 世帯主個人番号 _____
 TEL _____

被保険者 記号・番号	つる国	一般・高2割 高3割・未就学児		療養を受けた者の氏名	続柄
				個人番号	
宛名番号		傷病名 療養内容	別紙のとおり	生年月日	年 月 日生
福祉有無	無・身・子・親				
第三者行為(他者)による負傷の該当について		<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ	
療養給付の支給を受けることができなかった理由 (該当する番号に○)	1. 一般診療				
	2. 補装具	* 採型月 :	年 月	* 採型時 :	入院・外来
	3. 小児弱視等治療用眼鏡	* 作成回数 :	初回・回目	* 前回作成 :	年 月
	4. その他				
療養を受けた医療機関等の名称及び所在地				療養を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで
療養に要した費用額				自己負担 (割)	
			円		円
振込先	金融機関名			支店・支所名	
	金融機関コード			支店コード	
口座番号					
口座名義人 (カタカナで記入願います)	氏			名	
備考	社団外データ入力(7000点以上・70歳以上)				
	不要・要 (月審査)				

1 領収書 本人確認(本人) ①個人番号カード ②写真付身分証 ③公的通知2種
 2 医療費について申請する場合は、医療費明細書 代理人確認 ①個人番号カード ②写真付身分証 ③公的通知2種
 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