

受付印

課長	課長補佐	係長	係	取扱者

特別療養費支給申請書					
被保険者証 記号・番号		枝番		第三者行為	有・無
療養を受けた 被保険者氏名			個人番号		
傷病名					
療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間				
療養を受けた 保険医療機関等	名称				
	所在地				
療養につき算定した費用の額					円
<p>上記のとおり関係書類を添えて提出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 _____</p> <p>世帯主名 _____</p> <p>吉崎市長 様 電話番号 (- -)</p>					

振込先	銀行 農協 漁連 労働金庫		本店 支店 出張所		口座 種別	1 普通	口座 番号	
	銀行 コード		支店 コード			2 当座		口座 名義
漢字								

決定費用額	本人支払額	自己負担割合	一部負担金相当額	支給決定額

受付印	課長	課長補佐	係長	係	取扱者

特別療養費支給申請書					
被保険者証 記号・番号	1234567	枝番	01	第三者行為	有・無
療養を受けた 被保険者氏名	壱岐 国保		個人番号	1234 5678 9012	
傷病名	被保険者証の番号と療養を受けた方の枝番・氏名・個人番号を記入してください。(個人番号が不明の場合は、省略可)				
療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間				
療養を受けた 保険医療機関等	名称				
	所在地				
療養につき算定した費用の額					円
上記のとおり関係書類を添えて提出します。 令和5年 6月 1日			届出年月日、世帯主の住所・氏名・連絡先を記入してください。		
住所 壱岐市芦辺町芦辺浦562番地					
世帯主名 壱岐 国保					
壱岐市長 様			電話番号 (0920 - 45 - 1157)		

振込先	〇〇〇	銀行 農協 漁連 労働金庫	△△	本店 支店 出張所	口座 種別	① 普通 2 当座	口座 番号	1234567
	銀行 コード	0000	支店 コード	111			口座 名義	(フリガナ) ｲｷ ｺｸほ 漢字 壱岐 国保

決定費用額	本人支払額	自己負担割合	一部負担金	振込を希望される口座の情報を記入してください。