別記様式第１２号（第１３条関係）

国民健康保険特別療養給付申請書

　　　　　　　　　年　　月　　日

関 市 長　様

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　（世帯主）氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号

　　　　　　　　　　　　　　　届出人※氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※世帯主と届出人が同一人の場合は記入不要

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ 電話番号 　　　　―　　　　　　　　　　　）

次の被保険者について特別療養給付を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者記号・番号 | 個人番号 |
| 氏名 | 生年月日　　年 　月 　日 | 世帯主との続柄 |
| 資格喪失日　　　　　　　年　　　月　　　日　喪失 |
| 傷病の名称 |  |
| 資格喪失時の療養の給付状況 | 保険医療機関等の名称・所在療養開始日　　　　　年　　月　　日開始 |
| 現在の療養の給付状況 | 保険医療機関等の名称・所在 |

証明してよろしいか

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 決裁 　　　　　 年 　月 　日起案 　　　　　　年 　月 　日 | 課　長 | 受　付　印 |
|  |
| 交付日 　　年 　月 　日 | 交付番号 |
| 有効期間 　 年 　月 　日から 年　 月　 日まで | 受付者 |