

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

決裁起案	年 月 日 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	