

様式第 13 号 (第 24 条、第 29 条関係)

国民健康保険療養費 (特別療養費) 支給申請書

令和 年 月 日

庄内町長 宛

世帯主 住所

氏名

印

個人番号																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

第三者行為の有無	有 ・ 無	
被保険者記号・番号		療養を受けた被保険者
傷病名		氏名
		個人番号
発病負傷の年月日	年 月 日	退職者医療
		本人・被扶養者
療養期間	年 月 日から (日間) 年 月 日まで	
療養・薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局その他の者の名称及び所在地		
診療又は調剤に従事した医師・歯科医師又は薬剤師の氏名		
療養給付等の支給を受けられなかった具体的理由	発病の原因	
	傷病の経過	
療養内容	療養に要した経費	円
備考		