

様式第6号（第9条関係）

特別療養費支給申請書

被保険者記号・番号				年	月	診療分
療養を受けた被保険者氏名						
生年月日	年	月	日	世帯主との続柄		
傷病名				療養期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)	
発病負傷 年 月 日						
療養を受けた保険医療機関等の名称 及び所在地		名 称				
		所 在 地				
療養につき 算定した 費用の額	療養に要した費用					
	薬剤一部負担金					
	食事療養費保険者負担					
支給方法	1 現金支給 2 口座振込 ()					
<p>上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添え、申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住 所 氏 名</p> <p>雫石町長 様</p>						

注意 未納の国保税がある方については、給付の全部又は一部を差し止めることがあります。