

国民健康保険特別療養費支給申請書

資格証明書 の記号番号		療養を受けた 被保険者氏名	
傷病名		療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
診療、薬剤の支給を 受けた療養取扱機関 又は特定承認療養取扱 機関の名称及び所在地			
療養に要した費用			
備 考			
<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て申請します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">世帯主 氏 名</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">印</p> <p>会津坂下町長 殿</p>			