

様式5の2

国民健康保険特別療養費(差額)支給申請書

(一般、退職本人、退職扶養)

(前期高齢者：1割、3割)

被保険者証の記号・番号		国札		—	
療養を受けた被保険者	住所				
	氏名	年 月 日生			
傷病名			療養	年 月 日から	
発病負傷年月日	年 月 日		期間	年 月 日まで	
診療、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並びに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		名称			
		所在地			
		氏名			
傷病の原因	1 2	傷病の経過			療養の内容
申請の理由	<input type="checkbox"/> 法第54条の3 資格証明書で保険医療機関に受診したため			療養に要した費用額	円
	<input type="checkbox"/> その他()			被保険者が支払った治療費	円
備考					
申請年月日	年	月	日	申請金額	十億 百万 千 円
		請求番号		電話番号	—
申請者(世帯主)	郵便番号	住所	フリガナ	氏名	-----
(あて先)	札幌市	区長			
申請者(世帯主)の口座	金融機関			銀行コード	
		預金種目	口座番号		

備考 この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。