様式第２５号（第３９条関係）

保険者欄	手続欄																		申請年月日	・　・			
																			決裁年月日	・　・			
	保険者番号		支給申請書整理番号		療養区分					診療費					特別療養	特定疾病	給付割合	一部負担金				
																		減免認定	減免			
	法制番号		区分																			
	一般	退職	本人	家族	6歳	高(一定以上)	高(一般)	診	補	柔	そ		医	歯	調	入	外					減	免
	75	67	1	2	3	7	9	1	2	3	8		1	3	4	1	2	1	1		1	1	2

国民健康保険特別療養費支給申請書

申請者欄							
	被保険者証等記号・番号		療養を受けた被保険者氏名等		世帯主との続柄		
	個人番号						
	傷病名			男・女　　年　　月　　日生			
	発病又は負傷年月日	年　　月　　日	療養期間	年　　月　　日から 年　　月　　日まで	日間		
	診療、薬剤の支給または手当てを受けた病院、診療所、薬局その他の名称および所在地						
	診療または調剤に従事した医師、歯科医師または薬剤師の氏名						
	療養の給付を受けることができなかった理由		発病の原因		療養に要した費用		円
			傷病の経過				
			療養内容				
	業務上・外、第三者行為の有無	1. 業務上　2. 第三者行為である 3. その他	備考				

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。

年　　月　　日

大田原市長　様

世帯主　住所

氏名

電話

支払方法						
1 現金 2 口座振込	振込先	銀行　本店 信金　支店 信組　出張所 農協　支所	金融機関コード			
			種別	口座番号	(フリガナ) 口座名義	
			1 普通 2 当座			

決定欄					
		費用額			円
		負担区分	支給決定額（保険者負担額） 1		
			一部負担金 2		
			他法負担分	他方優先 3	
				国保優先 4	