別記様式第6号

国民健康保険 療養費 / 特別療養費 支給申請書

年　　月　　日

川西町長　　殿

世帯主

住　　所

氏　　名　　㊞

個人番号												

被保険者証の記号番号		療養を受けた被保険者の氏名	
傷　病　名		個人番号	
発症負傷の年　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 年　　月　　日まで（　　日間）		
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ることができなかった具体的理由		発症の原因	
		傷病の経過	
療養内容		療養に要した経費	円
備　　考			

注）　次の書類を添付すること。

1　領収書

2　医療費について申請する場合は、医療費明細書

3　コルセット又は血液代を申請する場合は、コルセット又は輸血を必要とする意見書

第三者行為
有　・　無