

| 療養費(特別療養費)支給申請書                                 |                            |      |       |        |
|---|----------------------------|------|-------|--------|
| 被保険者証記号番号                                       | 一般・退職本人・退職扶養               |      |       |        |
| 受診者氏名   | 男・女                        | 生年月日 | S・H・R | 年 月 日生 |
| 個人番号  |                            |      |       |        |
| 傷病名   |                            |      | 第三者行為 | 有・無    |
| 発病又は負傷年月日                                       | 平成・令和 年 月 日                |      |       |        |
| 発病又は負傷の原因                                       |                            |      |       |        |
| 診療を受けた病院、診療所、薬局等の名称、所在地及び医師氏名                   |                            |      |       |        |
| 療養に要した費用  | 円                          |      |       |        |
| 療養期間  | H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで    |      |       |        |
| 補装具(コルセット等)場合                                   | 型取り H・R 年 月 日・装着 H・R 年 月 日 |      |       |        |
| 被保険者証で受診できなかった場合、その理由                           |                            |      |       |        |
| 傷病の経過療養内容等                                      |                            |      |       |        |
| 第三者行為の場合の相手側                                    | 住所<br>氏名                   | 電話   |       |        |
| 上記のとおり、療養に要した費用に関し、証拠書類を添付し支給申請します。<br>令和 年 月 日 |                            |      |       |        |
| 御殿場市長 様   |                            |      |       |        |
| 申請者<br>(世帯主)                                    | 住所 御殿場市                    |      |       |        |
|   | 氏名                         |      |       | 印      |
|   | 個人番号                       |      |       |        |
|   | 電話                         | - -  |       |        |

※申請に必要なもの

①被保険者証②領収書(内訳書)③補装具を必要とした医師の診断書。やむを得ず被保険者証で診療を受けられなかった場合は診療報酬明細書(レセプト)

| 支給額の計算 | 補装具<br>医療費 | 費用額 | 負担割合                      | 支給決定額  |
|--------|------------|-----|---------------------------|--------|
|        |            | 円   | × 0.7<br>× 0.8 =<br>× 0.9 |        |
|        |            |     | 負担割合                      | 一部負担金額 |
|        |            |     | × 0.3<br>× 0.2 =<br>× 0.1 | 円      |

月 日 現金・口座 支払

|                   |            |      |            |
|-------------------|------------|------|------------|
| 銀 行<br>金 庫<br>農 協 |            |      | 本 店<br>支 店 |
| 預金種目              | 普 通<br>当 座 | 口座番号 |            |
| フリガナ              |            |      |            |
| 名義人               |            |      |            |

※世帯主名義以外の口座を希望の際は、委任状が必要です。

| 番号確認書類  | 身元確認書類   | 記 載 方 法                       |                               |
|---|--|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 個人番号カード<br><input type="checkbox"/> 通知カード<br><input type="checkbox"/> 住民票<br><input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 個人番号カード<br><input type="checkbox"/> 運転免許証<br><input type="checkbox"/> その他<br>(                    ) | <input type="checkbox"/> 本人   | 確<br>認                        |
|   |  | <input type="checkbox"/> 代理人  | 委任状 有・無                       |
|   |  | <input type="checkbox"/> 職権   | 説明 済・未                        |
|   |  | <input type="checkbox"/> 番号不明 | <input type="checkbox"/> 記載拒否 |