様式第6号(第12条関係)

特別療養費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者資格証明書の記号・番号 |  | | | |  | | | | |
| 住所 | 都留市 | | | | 世帯主氏名 | |  | 個人番号 |  |
| 電話番号 |  |
| 受診者氏名 |  | 個人番号 |  | | 資格区分 | | ア　一般　　イ　退本　　ウ　退扶 | | |
| 傷病名 |  | | | | 療養区分 | | ア　療養費　　イ　調剤  ウ　その他(補装具・移送・はり・きゅう・マッサージ・柔整) | | |
| 受診医療機関等 |  | | | | | | | 電話番号 | ― |
| 受診期間 | ア　入院　　　　年　　月　　日から  　　　　　　　　年　　月　　日まで　　　日間 | | | | | イ　外来　　日間 | | | |
| 医療機関等に支払った金額 | 円 | | | 上記のとおり、療養に関する証拠書類(領収書等)を添えて申請します。 | | | | | |
| 審査決定点数 | 点 | | | 年　　月　　日　提出  　　　　　世帯主　住所　都留市  　　　　　　　　　氏名 | | | | | |
| 費用額 | 円 | | |
| 一部負担額 | 円 | | |
| 支給額 | 円 | | |
| 差止年月日 |  | | |
| 支給年月日 |  | | |

※　太線の枠内のみ記入してください。