

様式第23号の(2)(第25条の2関係)

特別療養費支給申請書				
被保険者証 の記号番号		療養を受けた 被保険者氏名		
傷病名		一般・退職被 保険者等の別	一般・	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
療養を受けた保険医療機関等若しくは特定 承認保険医療機関又は訪問看護ステーショ ンの名称及び所在地				
療養につき算定した費用の額		円		
上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。  年 月 日  神川町長 様  <div style="text-align: right;">                         住所                          世帯主 氏名 印                     </div>				
口座 振替 依頼 欄			銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所
	金融機関コード	店舗コード	種 目	口 座 番 号
			普通 当座 貯蓄	
	口座名義人 カタカナ			