

様式第27号(第28条関係)

国民健康保険特別療養給付申請書				
被保険者証の 記号・番号		世帯主 氏名		
療養の給付、特 定療養費に係 る療養又は老 人保健法の規 定による医療 を受けていた 者	氏名			
	一般・退職被 保険者等の別	一般・ <input checked="" type="radio"/> 本人 被扶養者		
	生年月日	年 月 日	世帯主と の続柄	
	住所			
傷病名				
資格を喪失した際、受 けていた療養の給付等 を受け始めた年月日	年 月 日			
資格を喪失した際、療 養の給付等を受けてい た保険医療機関等	名称			
	所在地			
現に療養の給付等を受 けている保険医療機関 等	名称			
	所在地			
<p>上記のとおり、特別療養の給付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>神川町長 様</p> <p style="text-align: right;">申請人 住所 氏名 印</p>				