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			
	個人番号			
	一般・退職被保険者等の別	一般・(退) 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	

上記のとおり、特別療養の給付を申請します。

年　月　日

神川町長　　様

住所

申請人　氏名

個人番号 | | | | | | | | | | | | |