

様式第23号の(2) (第23条関係)

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	
			個人番号	
傷 病 名		一般・退職被 保険者等の別	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 一般・ <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 住 所 世帯主 氏 名 個人番号 <input type="text"/>				
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				