

様式第 1 号（第 2 条関係）

特別療養費支給申請書

年 月 日

松前町長 様

下記のとおり、療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

申請者 (世帯主)	住所					電話番号															
	氏名					個人番号															
療養を 受けた 被保険者	氏名					個人番号															
						生年月日		年 月 日													
	被保険者番号						世帯主との 続柄														
傷病の原因	☐ 第三者行為（交通事故等） ☐ その他（傷病等）																				
傷病名																					
療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで（ 日間）																				
医療機関 又は薬局名	名称									療養に 要した 費用	円										
	所在地																				
振込先 (世帯主の 口座)	金融 機関	銀行・農協・漁協 本店										金融機関コード		支店コード							
		信用金庫・信用組合 支店																			
	種別	普通 当座	口座 番号									名義 カタカナ									

(町記入欄)

費用額	円		給付 割合	7割・8割	支給 決定額	円
添付 書類	☐ 領収書				支給日	年 月 日