

第19号様式

國民健康保險特別療養給付申請書

年 月 日

(申請先)

横浜市 区長

住 所
申請者 氏 名 (印)
(世帯主) 電 話 ()

次のとおり特別療養給付を申請します。

被保険者証記号・番号	40		資格区分	一般・退	本人・退被扶養者
診療を受けている被保険者氏名				生年月日	年 月 日
傷病名					
資格喪失年月日	年 月 日	診療の開始年月日	年 月 日		
資格を喪失した際診療を受けている保険医療機関等の名称及び所在地並びに医師又は歯科医師の氏名					
現に診療を受けている保険医療機関等の名称及び所在地並びに医師又は歯科医師の氏名					
日雇特例被保険者手帳の交付年月日	年 月 日				
交付年月日	年 月 日	有効期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間

處理欄	課長	係長	係員	決裁	受付
				年月日起案	
				年月日決裁	

(注意) 1 資格を失ったときに診療を受けていた保険医療機関等の診断書を添付してください。

2 印の欄は、記入しないでください。
3 「**(退)**」は、退職被保険者の略です。

(A4)

(備考)

紙色は白、刷色は緑とすること。