

様式第14号（第12条関係）

国民健康保険特別療養給付申請書	
被 保 険 者 証 番 号	
療養の給付を受けていた者の 氏名及び生年月日	氏 名 生年月日 年 月 日
資格を喪失した際受けていた 療養の給付を受け始めた年月日	年 月 日
傷 病 名	
資格喪失した際療養の給付を受けて いた療養取扱機関の名称及び所在地	所在地 名 称
現に療養の給付を受けている療養取 扱機関の名称及び所在地	所在地 名 称
備 考	
上記のとおり特別療養給付の申請をします。 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 ⑤ 三股町長 様	