

国民健康保険特別療養給付申請書（継続給付申請書）

療養の給付等を受けていた者	被保険者 記号・番号			
	住 所		生 年 月 日	年 月 日
	氏 名		個 人 番 号	
	傷 病 名			
	資格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			
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 氏 名 世帯主 個人番号 電話番号 郡上市長 様				
振 込 先 金 融 機 関		預金種別	口 座 番 号	口座名義人（フリガナ）
銀 行 信用金庫 支 店 農 協		当 座 普 通		