

様式第 1 0 号（第 8 条関係）

特 別 療 養 費 支 給 申 請 書

被 保 険 者 記 号 番 号				
住 所			世帯主氏名	電話
受 診 者 氏 名	個人番号			
傷 病 名	療養区分 ア 療養費 イ 調剤 ウ その他（補装具・移送・ はり・きゅう・マッサージ・柔整）			
受 診 医 療 機 関 等				電話
受 診 期 間	ア 入院	年 月 日から 年 月 日まで	日間 イ 外来	日間
医 療 機 関 等 に 支 払 っ た 金 額			上記のとおり、療養に関する証拠書類（領収書等）を添えて申請します。 年 月 日提出 世帯主 住 所 氏 名 個人番号	
審 査 決 定 点 数				
費 用 額				
一 部 負 担 額				
支 給 額				
差 止 年 月 日				
支 給 年 月 日				

※ 太枠の枠内のみ記入してください。