

様式第23号の(2) (第19条の2関係)

| 特別療養費支給申請書 | |
|---|--------------------|
| 被保険者証の 記号番号 | |
| 療養を受けた 被保険者氏名 | |
| 療養を受けた被保 険者の個人番号 | |
| 一般・退職被保険者 等の別 | 一般 ・ 退職本人 ・ 退職扶養 |
| 傷病名 | |
| 療養期間 | 年 月 日から 年 月 日まで 日間 |
| 療養を受けた保険医療機関等若しくは特定承認 保険医療機関又は訪問看護ステーションの名称 及び所在地 | |
| 療養につき算定した費用の額 | 円 |
| <p>上記のとおり別紙証拠書類を添えて申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>ふじみ野市長 宛て</p> <p style="text-align: right;">世帯主 個人番号 住所 氏名 電話番号</p> | |