

市町村受付印

広域受付印

※太枠内を記入して下さい。

介護保険給付の支払方法変更の解除申請書（第1号被保険者用）

沖縄県介護保険広域連合長 殿

次のとおり、支払方法変更（償還払い化）の解除を受けたいので申請します。

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号（ - - ）		

被保険者番号														
フリガナ											生年月日	年	月	日
被保険者氏名														
住 所	〒 ー										電話番号 (ー ー)			

申請の理由（該当する項目に○をつけて下さい。項目がなければ裏面に貴殿の意見を記入してください。）

[illegible]

市町村・広域記入欄

	申請内容確認		備 考
	市町村	広域連合	
担当者印	・ ・	・ ・	

特別な医療給付一覧（公費負担医療該当一覧）

該当する項目に○をつけて下さい。また、その医療を受けていた病院名を記入して下さい。

- (1) 原爆被爆者に対する医療給付
- (2) 予防接種を受けたことによる疾病、障害についての医療給付
- (3) 身体障害者に対する医療給付（更正医療）
- (4) 精神障害者に対する医療給付（入院者は含まない）
- (5) 結核患者に対する医療給付
- (6) 医薬品の副作用による疾病についての医療給付
- (7) 沖縄の復帰に伴う特別措置による精神障害者に対する医療給付
- (8) 医療を受けたことによる高額療養費の給付
- (9) 進行性筋萎縮症者に対する医療給付
- (10) 特定疾患治療研究事業による医療給付（特定疾患名：
- (11) 毒ガス障害者に対する医療給付
- (12) 公害被害者に対する医療給付
- (13) 先天性血液凝固因子障害者に対する医療給付
- (14) 水俣病患者に対する医療給付

病院名

貴殿の意見があれば記入してください。

※ 調査に基づき審査を行いますので、この申請書を提出することにより必ずしも「支払方法変更（償還払い化）」が解除されるというわけではありません。