

国民健康保険療養費支給申請書

(第 回)

(あて先) 厚木市長

申請者
(世帯主)

住所 厚木市

氏名

個人番号

電話番号

次のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請いたします。

療養月	年	月分	傷病原因	1. 第三者行為 (交通事故等) (届出済 未届出)	2. 業務上の災害	3. その他疾病等			
医療機関コード			保険種別	1. 国	1. 本入	3. 六入	5. 家入	7. 高入一	9. 高入7
※設定機関コード				2. 本外	4. 六外	6. 家外	8. 高外一	10. 高外7	
給付割合	7割	8割	10割	(療養を受けた) 被保険者氏名					
公費負担者番号				個人番号					
保険者番号	140137			被保険者 記号番号・枝番		13— (枝番)			
性別	1. 男	2. 女		生年月日		年 月 日			
療養種別	01. 一般診療	02. 装具	03. 柔整	04. マッサージ	05. 針灸	07. 移送	08. その他		
点数表	1. 医科	3. 歯科	4. 調剤	実日数	日	食事日数	日		
療養に要した費用	円(点)			傷病名					
一部負担金				発病又は負傷年月日		年 月 日			
食事に要した費用				傷病経過					
食事標準負担額 (薬剤負担金)				療養期間		年 月 日から			
※査定金額						年 月 日まで			
支給金額				療養の給付を受けることのできな かった理由					
病院、診療所等の 名称及び所在地									

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 労働金庫	支店 本店 支所 出張所	預金種目	1. 普通	口座 番号					
			(カタカナ)	2. 当座	〈右詰〉					
	金融機関コード	店番	口座名義人	3. その他						

※振込先の口座名義人が申請者(世帯主)と異なる場合

委任状	上記療養費の受領に関する一切に権限を委任します。	
	受任者(口座名義人)	委任者(申請者)
	住所	氏名
	氏名	印

確認者()

番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 住民票又は記載事項証明	<input type="checkbox"/> 住記
本人確認	<input type="checkbox"/> 写真付(1種類)	<input type="checkbox"/> 個番カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 写真無(2種類)	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> その他()
代理権確認	法定代理人		法定代理人以外	
	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本その他資格を証明する書類	<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> その他()	
代理人 身元確認	<input type="checkbox"/> 写真付(1種類)	<input type="checkbox"/> 個番カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 写真無(2種類)	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> その他()