

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									
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 印
	氏名		