

国民健康保険療養費支給申請書

(第 回)

神奈川県足柄上郡
山北町長

年 月 日

申請者
(世帯主)

住所

氏名

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 令和 年 月分

医療機関コード		保険種別	1. 国	1. 本人	3. 三入	5. 家入	7. 高入9	9. 高入8	
※設定機関コード			4. 退	2. 本外	4. 三外	6. 家外	8. 高外9	0. 高外8	
給付割合	7割 8割 9割 10割	(療養を受けた) 被保険者氏名							
公費負担者番号		受給者番号							
保険者番号		被保険者証 記号・番号	—						
性別	男・女	個人番号		生年月日	1. 明	2. 大	3. 昭	4. 平	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	実数日	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	令和	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	令和	年	月	日から	
※査定金額					令和	年	月	日まで	
支給金額				療養の給付を 受けることので きなかつた理由					
病院、診療所等の									

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業共同組合	支店 本店 出張所	預金種目	1. 普通	口座 番号								
			2. 当座										
			3. その他										
			(フリガナ)										
			口座名義人										

※処 理 欄	支給金額	円				備 考				
	受付	上記に基づき支給します。				申請入力	令和	年	月	日
						決済入力	令和	年	月	日
						支給日入力	令和	年	月	日
						決	令和	年	月	日
					裁	令和	年	月	日	決裁
						令和	年	月	日	完結

※欄は記入しないでください。

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