

国民健康保険療養費支給申請書

(第 回)

年 月 日

大井町長 様

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	年	月分							
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	9. 高入7
※設定機関コード				4. 退	2. 本外	4. 六外	6. 家外	8. 高外	10. 高外7
給付割合	7割	8割	9割	10割	(療養を受けた) 被保険者氏名				
保険者番号				被保険者証 記号・番号	—				
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			生年月日	年 月 日				
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 農業協同組合	支店 本店 出張所	預金種目	1. 普 通	口座								
			(フリガナ)	2. 当 座	番号								
			口座名義人										

※ 処 理 欄	支給金額	円				備 考	
						支給日入力 年 月 日	
						決 裁	

※欄は記入しないで下さい。

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