

# 国民健康保険療養費支給申請書

(第 回)

令和 年 月 日

大井町長 様

申請者(世帯主) 住所 足柄上郡大井町  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
 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. 未就学入	5. 家入	7. 高齢入
※設定期間コード					4. 退	2. 本外	4. 未就学外	6. 家外	8. 高齢外
給付割合	7割	8割	9割	10割	(療養を受けた人) 被保険者氏名				
保険者番号	140574				被保険者証 記号・番号	57 -			
性別	1. 男	2. 女			生年月日	3. 昭和	4. 平成	5. 令和	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	日
療養に要した費用	円(点)				疾病名				
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	預金種目	1. 普通	口座番号	
			(フリガナ)	2. 当座		
			口座名義人			

※処理欄	支給額		円	備考	
				支給日入力	
				決裁	

※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ついて権限を委任します。				
	受任者(口座名義人)	委任者(申請者)			
	住所 _____	氏名 _____ 印 _____			
	氏名 _____				