

国民健康保険療養費支給申請書

(第 回)

令和 年 月 日

申請者 住所

(世帯主) 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	個 人 番 号	
医 療 機 関 コード	保険種別	1. 国
※ 設 定 機 関 コード		1. 本入
給 付 割 合	7割 8割 9割 10割	3. 六入
保 險 者 番 号	1 4 0 5 4 1	5. 家入
性 別	1. 男 2. 女	7. 高入二
療 養 種 別	01. 一般診療	9. 高入7
点 数 表	1. 医科 3. 歯科 4. 調剤	2. 本外
療養に要した費用	円(点)	4. 六外
一 部 負 担 金		6. 家外
食事に要した費用		8. 高外二
食事標準負担額(薬剤負担金)		0. 高外7
※ 査定金額		
支給金額		
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 漁業協同組合	支店 本店 出張所	預金種目	1. 普通	口座 番号								
				2. 当座									
			(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 裁	令和	年	月	日

※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。		
	委任者(申請者)	委任者(申請者)	
	住所		
	氏名	氏名	印

<02. 装具の場合>

- ⑥ 障害・ひとり親・小児等の医療費助成証（対象者の場合のみ）