

国民健康保険療養費支給申請書

(第 回)

令和 年 月 日

世帯主以外の口座にお振込みをする場合の記入例

申請者 大磯町東小磯 183 番地
(世帯主) 大磯 太郎
0123-45-6789

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	9999 9999 9999						
医療機関コード		保険種別	1. 国 4. 退	1. 本入 2. 本外	3. 六入 4. 六外	5. 家入 6. 家外	7. 高入二 8. 高外二	9. 高入7 0. 高外7
※ 設定機関コード		大磯 花子						
給付割合	7割 8割 9割 10割	大磯 花子						
保険者番号	1 4 0 5 4 1	54 - 999999						
	1. 男 2. 女	1. 昭 2. 平 3. 令 年 月 日						
療養種別	01. 一般診療 02. 装具 03. 柔装 04. マッサージ 05. 鍼灸 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	平成・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った理由						
病院、診療所等の名称及び所在地								

大磯	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業協同組合	大磯	支店 本店 出張所	① 普通 2. 当座 3. その他	0 0 0 0 0 0 0
				大磯 花子	

※ 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 起案 令和 年 月 日 決裁 裁 令和 年 月 日 完結			

※欄は記入しないでください。

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)
受任者(口座名義人)	
住所 大磯町東小磯 183 番地	
氏名 大磯 花子	氏名 大磯 太郎 印