

国民健康保険療養費支給申請書

(第 回)

小田原市長 様

申請者
(世帯主)

住所	年 月 日
氏名	印
個人番号	
電話番号	捨印

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

※太枠内をご記入ください。

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 8. 高外	9. 高入 0. 高外	(療養を受けた) 被保険者氏名	
給付割合	7割 8割 9割 10割						個人番号	
保険者番号	140079						被保険者証 記号・番号	07 -
性別	1. 男 2. 女						生年月日	3. 昭和 4. 平成 5. 令和 年 月 日
傷病の原因	1. 疾病等 2. 第三者行為(交通事故・けんか等) 3. 業務上の事由・通勤						療養の給付を 受けることので きなかった理由	1. 保険証忘れ 2. 国保加入手続き中 3. 海外渡航中の療養 4. その他 ()
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
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 年 月 日まで
※査定金額							病院、診療所等の名称 及び所在地	
支給金額								

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

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。(世帯主以外への振込みを希望される場合にのみ、ご記入ください。)	
	受任者(口座名義人)	委任者(申請者)
	住所 氏名	氏名 印

※ 市 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

来庁者	
1点確認	免許・免歴・パ・個・障・療・在・特・他()
発行番号	発行機関
2点確認	保証・後・介・年手・年証・マル親・他()