

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)

年 月 日	
住 所	
氏 名	
個 人 番 号	
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	※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 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. マイナ保険証等忘れ 3. 海外渡航中の療養 2. 国保加入手続き中 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				
※査定金額								年 月 日まで				
支給金額							病院、診療所等の名称 及び所在地					

※振込先を誤って記入した場合は、新たに書き直していただくことがございますので、よくご確認のうえご記入ください。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 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・バ・個・障・療・在・特・他()
発 行 番 号	発 行 機 関
2 点 確 認	保証・後・国資・後資・介・年手・年証・マル親・他()