

国民健康保険療養費支給申請書

(第 回)

湯河原町長

申請年月日	年 月 日
申請者 (世帯主)	住所 _____
	氏名 _____ 印 _____
	電話番号 _____
	マイナンバー _____

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. 六入 5. 家入 7. 高入 9. 高入7 4. 退 2. 本外 4. 六外 6. 家外 8. 高外 10. 高外7
※設定機関コード		(療養を受けた) 被保険者氏名	
給付割合	7割 8割 9割 10割	被保険者証 記号・番号	63 -
保険者番号	140632	マイナンバー	
性別	1. 男 2. 女	生年月日	1. 昭 2. 平 3. 令 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
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		療養の給付を 受けることので きなかつた理由	
支給金額			
病院、診療所等の 名称及び所在地			

(申請者と振込み先口座名義が異なる場合、最下部の委任欄にも記入してください。)

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業共同組合	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
	金融機関コード	支店コード	(フリガナ)			
			口座名義人			

※欄は記入しないで下さい。

※ 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	年 月 日	
					決済入力	年 月 日	
					支給日入力	年 月 日	
				決 裁	年 月 日	起案 決裁 完結	

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。		
	受任者(口座名義人)	委任者(申請者)	(年 月 日)
	住所	氏名	印