



国民健康保険療養費支給申請書

(第 回)

R4.6.1

(提出先) 平塚市長

申請者
(世帯主)

| | |
|-------|----------|
| 申請年月日 | 令和 年 月 日 |
| 住所 | 平塚市 |
| 氏名 | |
| 電話 | |
| 個人番号 | |

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。

消えないボールペンで太枠の中を記入してください。

| |
|--------------------------|
| 来庁者 (世帯主以外の方の場合はご記入ください) |
| 氏名 |
| 電話 (続柄) |

療養月 令和 年 月分

| | | | | | | | | |
|--------------------|---|----------------------------------|--|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| 給付割合 | 7割 8割 9割 10割 | 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 10. 高外 |
| (療養を受けた) 被保険者氏名 | | 個人番号 | | | | | | |
| 保険者番号 | 1 4 0 0 4 6 | | | | | | | |
| 生年月日 | 3. 昭和 4. 平成 5. 令和 | 年 月 日 | 被保険者証 記号・番号 | 0 4 - (枝番) | | | | |
| 公費負担者番号 | | 受給者番号 | | | | | | |
| 療養種別 | 01. 一般診療 02. 装具 03. 柔整 04. マッサージ 05. 針灸 06. 移送 07. その他() | | | | | | | |
| 傷病の原因 | 01. 疾病等(病気等) 02. 第三者行為(交通事故・けんか等) 3. 労災事故(業務中の事由) | | | | | | | |
| 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 | 別紙のとおり・() | | | | | |
| 一部負担金 | | 療養期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | | | | | |
| 食事に要した費用 | | 病院、診療所 等の名称及び 所在地 | (名称) | | | | | |
| 食事標準負担額 (薬剤負担金) | | | (所在地) | | | | | |
| ※査定金額 | | 療養の給付を 受けることの できなかった 理由 | 1 旅行先での急病 2 国保手続き中 3 海外での療養 4 装具業者が保険契約無きため 5 その他() | | | | | |
| 支給金額(国保分) | 円 | | | | | | | |
| 支給金額(公費分) | 円 | | | | | | | |

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

| | | |
|-----|---|-----------|
| 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。(別世帯の方の口座にお振込みを希望されるときにご記入ください) | |
| | 受任者 (口座名義人) | 委任者 (申請者) |
| | 住所 | 住所 |
| | 氏名 | 氏名 |

| | | | |
|-----------------------------|----|----|----------|
| 受付 | 入力 | 審査 | 備考 |
| <input type="checkbox"/> 郵送 | | | 口座確認 済 未 |