

収受印

国民健康保険療養費支給申請書

(第 回)

R6.12.2

申請書の提出日を記入してください。

(提出先) 平塚市長

申請者
(世帯主)

世帯主の氏名を署名してください。

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。

申請年月日	令和 4 年 6 月 1 日
住所	平塚市 浅間町 9-1
氏名	平塚 太郎
電話	0463-23-1111
個人番号	1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3
来庁者 (世帯主以外の方の場合はご記入ください)	
氏名	平塚 一郎
電話	0463-23-1111 (続柄 子)

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 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
(療養を受けた) 被保険者氏名	平塚 花子
個人番号	0 0 0 0 1 1 1 1 2 2 2 2
保険者番号	1 4 0 0 4 6
生年月日	3. 昭和 22 年 2 月 1 日 4. 平成 5. 令和
被保険者記号・番号	0 4 - 1234567 (枝番) 03
公費負担者番号	該当するものをお選びください。
受給者番号	保険証の番号、枝番をご記入ください。
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 2. 歯科 3. 調剤 4. 実日数 5. 食事日数 6. 日
療養に要した費用	治療や装具を作った理由をお選びください。
一部負担金	受診した病院名と所在地を記載して、理由に該当するものをお選びください
食事標準負担額 (薬剤負担金)	令和 年 月 日まで
※査定金額	病院、診療所等の名称及び所在地 (名称) ○○○病院 (所在地) △△県□□市1-1-1
支給金額 (国保分)	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 (公費分)	

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	店番号 1 2 3	本店 支店 出張所	預金種目 1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄	口座番号 1 2 3 4 5 6 7
平塚	市役所			フリガナ	ヒラツカ ハナコ
				口座名義人	平塚 花子

口座確認済

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	
氏名	氏名

別世帯の方の口座にお振込みを希望されるときはこちらの欄に記入、署名をお願いします。

受付	入力	審査	備考
□ 郵送			口座確認 済 未