

国民健康保険療養費支給申請書

保険者番号	1 2 0 0 7 1	(療養を受けた) 被保険者名	
被保険者証記号番号	松	生年月日	年 月 日
		個人番号	
公費負担者番号		性別	1 男 2 女 日数 日
受給者番号		入外区分	1 入院 2 外来 食事回数 回
資格区分		給付割合	7割 8割
高齢者・乳幼児	1 70歳以上高齢者 2 6歳(未就学者)	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで
診療年月	年 月 診療		
療養の種類	1 一般診療(・海外療養費) 2 補装具 3 柔整 4 アンマ・マッサージ 5 鍼・灸 6 看護 7 移送費 8 その他 9 標準負担額差額 10 生血		
傷病名		疾病コード	受領委任コード
診療を受けた医療機関等の所在地及び名称		機関コード	
		発病又は、負傷の原因	長期 長期高額 1 低I 2 低II
申請の理由			
診療・調剤又は、手当てに従事した医師、歯科医師、薬剤師等の名称			第二法別
療養に要した費用 (A)		支給額	
薬剤一部負担金 (B)			
患者負担額 (C)		審査会認定 (A)	
食事に要した費用 (D)		審査会認定 (D)	
食事標準負担額 (E)			
振込先	銀行名/コード	支店名/コード	
	口座番号	預金種目	1 普通 2 当座
	口座名義人	フリガナ	
		備考	

上記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。

年 月 日

世帯主

住所 _____

氏名 _____

個人番号 _____

電話 _____

(宛先) 松戸市長

※太わくの中のみ記載して下さい

ここに記載された個人情報は、国民健康保険からの給付を目的として利用されます。

委任状

受任者 住所 _____

氏名 _____

私は上記の者を代理人と定め、療養費の受領に関する一切の権限を委任します。

委任者 住所 _____

氏名 _____

