

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)<br>被保険者名 |  |           |  |          |  |                      |  |  |  |  |  |
| 被保険者記号番号                        |         | 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                                                                          |   |   |   |   |   |                   |  | 年 月 日 から  |  | 年 月 日 まで |  |                      |  |  |  |  |  |
| 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<br>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<br>1 低Ⅰ<br>2 低Ⅱ |  |  |  |  |  |
| 申請の理由                           |         |                                                                                 |   |   |   |   |   |                   |  |           |  | 第二法別     |  |                      |  |  |  |  |  |
| 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 |         |                                                                                 |   |   |   |   |   |                   |  |           |  |          |  |                      |  |  |  |  |  |
| 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

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



※太わくの中のみ記載して下さい

