

国民健康保険療養費支給申請書

年 月 日

伊勢原市長 殿

申請者
(世帯主)

住 所	〒
氏 名	印
個人番号	
電話番号	

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します。 【療養月 年 月分】

医療機関等の 名称及び所在地		保険種別	一般	1.本入 2.本外	3.六入 4.六外	5.家入 6.家外	7.高入8 8.高外8	9.高入7 0.高外7
給付割合	7割 8割 10割	記号・番号	15 ー					
公費負担番号・受給者番号		被保険者氏名						
保険者番号	140152	個人番号						
性別	1.男 2.女	生年月日	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.鍼灸 08.その他					特別療養費	該当・非該当	
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	円	発病又は負傷年月日	年 月 日					
食事に要した費用	円	傷病経過						
食事標準負担額	円	療養期間	年 月 日から					
※査定金額	円		年 月 日まで					
支給金額	円	療養の給付を受けることのできなかつた理由						

振 込 先	<input type="checkbox"/> 下記振込口座を指定します							
	銀行・信用組合 信用金庫・農協				本店・支店 支所・営業所			
	預金種目	普通 ・ 当座	口座番号		フリガナ			
				名義人				
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する								

委 任 状	上記の医療費の受領に関する一切の権限を委任します。							
	受任者（口座名義人）				委任者（申請者）			
	住 所 _____				住 所 _____			
	氏 名 _____				氏 名 _____			
	個人番号 _____				氏 名 _____ 印 _____			

◎市確認欄

第三者行為	支給決定金額	受付	添付書類
有（届け出を案内する） ・ 無	円		