

国民健康保険療養費支給申請書

年 月 日

(あて先) 茅ヶ崎市長

申請者 住所

(世帯主)

氏名

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いたします。

療養月 令和 年 月分

保険種別	1. 国	1. 本入	3. 六入	5. 家入	7. 高入一	9. 高入7	記号・番号	08-
		2. 本外	4. 六外	6. 家外	8. 高外一	0. 高外7		
給付割合	7割 8割						(療養を受けた) 被保険者氏名	
保険者番号	140087						生年月日	3. 昭 4. 平 5. 令 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 06. その他							
点数表	1. 医科 3. 歯科 4. 調剤			実日数	日	食事回数	回	
療養に要した費用	円(点)			傷病名				
一部負担金				発病または負傷年月日	令和 年 月 日			
食事に要した費用				傷病経過				
食事標準負担額 (薬剤負担金)				療養期間	令和 年 月 日 から			
※査定金額					令和 年 月 日 まで			
支給金額				療養の給付を受けることのできなかった理由				
病院、診療所等の 名称及び所在地								

保険年金課 処理欄	受付者	收受印
	入力	

請 求 書

(あて先) 茅ヶ崎市長

住所 (所在地)

下記金額を請求します。

請 求 金 額			

氏名 (名称)

印

項 目 ・ 品 名	数 量	単 価	金 額
療養費			
合 計			

※ ゆうちょ銀行に振込みを指定する場合は、ゆうちょ銀行で新たに振込みを受けるための口座番号等を通帳に記載してもらい、その店番、預金種目、口座番号を「ゆうちょ銀行欄」に記入してください。

口 座 振 替 支 払 依 頼 書			
口座名義人(ゆうちょ銀行へ振込みの方も記入してください。) (カタカナ)			
金 融 機 関 欄			
金融機関名		支店名	
金融機関コード	支店コード	預金科目	口座番号
1 普通	2 当座	3 別段	