

記入の前にご確認ください。

国民健康保険療養費支給申請書、請求書の黄色で網掛けした部分に必要事項を記入、押印してください。

申請者は世帯主となります。振込先口座は世帯主名義の口座を指定してください。

申請書の印鑑は、スタンプ式の印鑑ではないものを使用してください。

記入した文字を訂正する場合は、二重線で消して請求書と同じ印鑑を押してください。

郵送時に同封いただくもの

- ・国民健康保険療養費支給申請書
- ・請求書
- ・診療(調剤)報酬明細書(レセプト)
- ・医療機関等に支払った際の領収書

郵送で提出していただいた場合、添付資料の不足や記載不備等の際、再提出を求める場合がありますので、ご了承ください。

【申請書類送付先】

点線に切り取り、封筒に貼り付けてご利用ください。

〒253-8686

茅ヶ崎市茅ヶ崎一丁目1番1号

茅ヶ崎市保険年金課

給付担当 行

国民健康保険療養費支給申請書

令和6年4月1日

(あて先) 茅ヶ崎市長

申請者

住所 茅ヶ崎市茅ヶ崎一丁目1番1号

記入日と世帯主の住所、氏名、
電話番号を御記入ください。

(世帯主)

氏名 茅ヶ崎 太郎

電話番号 0467-82-1111

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

※記号・番号が不明な場合は未記入のままご提出ください。

保険種別	1. 国 1. 本入 3. 六入 5. 家入 7. 高入 9. 高入 2. 特7	記号・番号	08-1234567
給付割合	7	(療養を受けた) 被保険者氏名	茅ヶ崎 花子
保険者番号	140087	生年月日	③ 昭 4. 平 5. 令 30年1月1日

療養を受けた方の氏名、
生年月日を御記入ください。

療養種別	01. 一般診療 02. 装具 03. 柔整 04. マッサージ 05. 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)
下 記

世帯主の住所、氏名を記入してください。

スタンプ印ではない印鑑で押印してください。

住所 (所在地)

茅ヶ崎市茅ヶ崎一丁目1番1号

氏名 (名称)

茅ヶ崎 太郎

茅
印
鑑

項 目 ・ 品 名	数 量	単 価	金 額
療養費			
合 計			

※ ゆうちょ銀行
記載しても

**世帯主名義の振込先口座情
報を御記入ください。**

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
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)

チガサキ タロウ

金 融 機 関 欄

金融機関名

横浜銀行

支店名

茅ヶ崎支店

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

9

8

7

6

5

4

3