

### 国民健康保険療養費支給申請書

公費負担者番号		保険 種別	1. 国	1. 本入	3. 六入	5. 家入	7. 高入一	9. 高入7
受給者番号		給付割合	7割 8割 9割 10割					
保険者番号	140640							
被保険者証記号番号	64-							
療養を受けた 被保険者氏名							1. 男	世帯主との続柄
							2. 女	
個人番号				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 07. 移送 08. その他							
点数表	1. 医科	3. 歯科	4. 調剤	実日数	日	食事日数	日	
傷病名				療養期間	年 月 日 から			
療養年月	年 月				年 月 日 まで			
療養に要した費用	円（点）			発病又は負傷年月日		年 月 日		
食事に要した費用				一部負担金		円		
食事標準負担額				支給金額		円		
病院、診療所等の 名称及び所在地								
療養の給付が受けられなかった理由								

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

住所 \_\_\_\_\_

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

愛川町長 殿

(世帯主) 電話番号 \_\_\_\_\_ ( )

個人番号 \_\_\_\_\_

振 込 先	金融機関名	銀行 農協 信金 信組 労金	本店 支店 支所 出張所	種別	普通 当座	
	フリガナ	口座番号（右詰めでご記入ください）				
	口座名義					

◎ 申請者と振込先の口座名義が異なる場合、下記にもご記入ください。

#### 委任状

私は、下記の者を代理人と定め、療養費の受領に関する権限を委任します。

受任者 住所 \_\_\_\_\_

委任者

氏名 \_\_\_\_\_

(世帯主) 氏名 \_\_\_\_\_

印

番号確認	通・個・住・他 ( _____ )
身元確認	免・パ・個・住・在・身・他 ( _____ ) No. _____