

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?	
受給者番号									
保険者番号	140640	給付割合	7割		8割	9割	10割		
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

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.