

国民健康保険 療養費支給申請書

保険者番号	1 2 0 0 7 1	(療養を受けた) 被保険者名			
被保険者証記号番号	松	生年月日	1. 昭 2. 平	年	月 日
		個人番号			
公費負担番号		性 別	1. 男 2. 女	日 数	日
受給者番号		入外区分	1. 入院 2. 外来	食事回数	回
資格区分	1. 一般 4. 退職 (退職本人・退職扶養)	給付割合	7割	8割	
高齢者・乳幼児	1. 70歳以上高齢者 2. 6歳 (未就学者)	療養期間	年 月 日から		
診療年月	年 月 診療		年 月 日まで		
療養の種類	1. 一般診療 (1. 海外療養費) 2. 補装具 3. 柔整 4. アンマ・マッサージ 5. 鍼・灸 6. 看護 7. 移送費 8. その他 9. 標準負担額差額 10. 生血				
傷病名		疾病コード		受領委任コード	
診療を受けた医療機関等の所在地及び名称		機関コード		長期	長期高額
		発病又は負傷の原因			1. 低 I 2. 低 II
申請の理由				第 二 別	
診療・調剤又は、手当てに従事した医師、歯科医師、薬剤師等の名称				第 二 別	
療養に要した費用 (A)		支 給 額			
薬剤一部負担金 (B)					
患者負担額 (C)		審 査 会 認 定 (A)			
食事に要した費用 (D)		審 査 会 認 定 (D)			
食事標準負担額 (E)					
振込先	銀行名/コード		支店名/コード		
	口座番号		預金種目 1. 普通 2. 当座		
	口座名義人	フリガナ			
		備考			

※太わくの中のみ記載して下さい

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

世帯主 住所

氏 名

個人番号

電 話

宛 先 松戸市長

ここに記載された個人情報は、国民健康保険からの給付を目的として利用されます。

委任状

受任者 住所

氏 名

私は上記の者を代理人と定め、療養費の受領に関する一切の権限を委任します。

委任者 住所

氏 名

印

印