

国民健康保険療養費支給申請書

藤 沢 市 長
次のとおり申請します。
なお、私の受取金は下記の口座に振込みしてください。
ただし、申請者と振込口座名義人が異なる場合については受領に関する権限を委任したものとします。
年 月 日

住所 藤沢市

申 請 者

氏名

個人番号

-

-

(世帯主)

(窓口にきた方)

電話番号

-

-

負傷原因

第三者行為(交通事故等)で ある ・ ない

振込先	銀 行 農 協 信用金庫 信用組合	支 店			預金種別	口 座 番 号 (右 づ め)					口 座 名 義 人 氏 名(カタカナ)				
		出張所				1. 普 通									
		支 店													
															コード
			2. 当 座												
											3. 貯 蓄				

療 養 月

年

月 分

※医療費助成申請をされる方は、公費負担者番号・受給者番号をご記入ください。

給 付 割 合	7割 8割 9割 10割				保 険 種 別	1. 国	1. 本入	3. 六入	5. 家入	7. 高入一	9. 高入7			
保 険 者 番 号		1	4	0		0	6	1	4. 退	2. 本外	4. 六外	6. 家外	8. 高外一	0. 高外7
被保険者証 記号・番号	06 —				(療養を受けた) 被保険者氏名									
公費負担者番号	障 乳 親				生年月日	年 月 日								
受給者番号														個 人 番 号
療 養 種 別	01. 一般 診療	02. 装具	03. 柔整	04. マッサージ	05. 針灸	06. 移送	07. その他(							

領収書をお預かりした方につきましては、上記申請者(世帯主)宛に後日郵送にて返却いたします。

※欄は記入しないでください。

※ 処 理 欄	決定金額(療養分)		円		決定金額(食事分)		円		決定支給金額		円	
	上記のとおり支給してよろしいでしょうか。								個人番号 ☐ 本人確認 ☐			
	課 長	主 幹	課長補佐	主 査	担 当	受 付	処 理 経 過	起 案				
								決 裁				
施 行												

確認 : 医師の証明書 ☐ 領収書 ☐ 領収書内訳 ☐ 靴型装具写真 ☐