

記入例

国民健康保険療養費支給申請書

【申請年月日】を記入してください。
また【世帯主】の住所・氏名・電話

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。

2020年1月1日

住所 藤沢市朝日町1番地の1

申請者 氏名 藤沢 太郎 個人番号 1234 - 5678 - 9011

(世帯主) (窓口にした方) 藤沢 花子 電話番号 0466 - 25 - 1111

負傷原因 第三者行為(交通事故等)で ある ・ ない

振込先	藤沢	銀行	市役所	支店	預金種別	口座番号(右づめ)				口座名義人氏名(カタカナ)			
		農協	出張所	1 普通	3 4 5 6 7 8 9	フジサワ ハナコ							
		信用金庫	支店	2 当座									
		信用組合	コード	0 1 2	3 貯蓄								

振込先を記入してください。(振込先は世帯主でなくても構いません。)

【被保険者証記号・番号】を記入してください。

市町村単独公費を持っている場合は【公費負担番号】と【受給者番号】

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 - 1234567	(療養を受けた)被保険者氏名	藤沢 花子
公費負担者番号	障乳親 81140063	生年月日	1975 年 1 月 1 日
受給者番号	7 6 5 4 3 2 1	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()		
点数表	1. 医科 3. 歯科 4. 調剤	実日数	日 食事日数 日
療養に要した費用	円	療養期間	年 月 日から
食事に要した費用			年 月 日まで
食事標準負担額		傷病名	
※支給金額		診療又は手当又は装具名称	
医療機関コード		療養の給付を受けることのできなかった理由	1. 被保険者証を医療機関に提示できなかったため
医療機関の名称			2. 他保険者の不当利得
医療機関の所在地			3. 海外での療養
診療又は手当を受けた医師の氏名			4. 装具業者が保険契約していないため
			5. 移送(本人)
			6. 移送(本人以外)
			7. 前期高齢者の負担割合変更のため
			8. その他()

【療養を受けた方】の【氏名・生年月日】を記入してください。

該当の申請理由に○を付けてください

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 □