

# 国民健康保険療養費支給申請書

年 月 日

二宮町長 様

申請者  
(世帯主)

住所

個人番号

氏名

電話番号

次のとおり、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。

診療月 年 月分

給付割合	7割 8割 10割	保険種別	1.国	1.本入	3.未就入	5.家入	7.高入8	9.高入7
公費負担者番号			4.退	2.本外	4.未就外	6.家外	8.高外8	0.高外7
受給者番号		(療養を受けた) 被保険者氏名						
保険者番号	1 4 0 5 5 8	個人番号						
生年月日	年 月 日	被保険者証 記号・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. 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(点)	傷病名						
一部負担金		発病又は負傷 年月日	年 月 日					
食事に要した費用		傷病経過						
食事標準負担額 (薬剤負担金)		療養期間	年 月 日から					
※査定金額			年 月 日まで					
支給金額		療養の給付を受ける ことのできなかつた理 由						
病院・診療所等の 名称及び所在地								
傷病の原因	1. 疾病等 2. 交通事故 3. けんか 4. 業務上の事由・通勤							

他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるか否か

受けられる (制度名 80 81 85) (費用徴収の 有 ・ 無 )

受けられない

振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店 本店 出張所	預金種目	1.普通 2.当座	口座 番号							
			(フリガナ)									
			口座名義人									
委 任 状	上記療養費の受領に関する一切の権限を委任します。											
	受任者(口座名義人)					委任者(申請者)						
	住所					氏名 印						
氏名					氏名 印							