

国民健康保険 療養費支給申請書

掛川市

保険証番号		被療 保養 險者 を受 けた	個人番号			
診療年月			氏名			
保険種別			生年月日		性別	

医療機関等の所在地					
医療機関名及び医師名					
療養費種別	1. 一般診療 2. 補装具 3. 柔整 4. あんまマッサージ 5. はりきゅう 6. 看護 7. 移送 8. その他 () 10. 生血				
点数表区分	1. 医科 2. DPC 3. 歯科 4. 調剤 5. 施設療養費 6. 訪問看護				
入院外来	1. 本人入院 2. 本人外来 3. 未就学者入院 4. 未就学者外来 5. 家族入院 6. 家族外来 7. 高齢者入院一般 8. 高齢者外来一般 9. 高齢者入院7割給 10. 高齢者外来7割給				

傷病名、原因及び経過														
申請の理由														
発病・負傷日	年	月	日	療養期間	年 月 日から									
療養内容	別紙のとおり			療養期間	年 月 日まで 日間									
療養に要した費用				公費負担額										
保険者負担額				指定公費										
一部負担金				高額療養費										

振込先	名称											税	
	口座番号						口座種別						有 無
	名義人(カナ)												

※以下は、振込先が世帯主以外の名義の場合記入してください。
(委任状)
私は、下記の代理受領者を定め、次の権限を委任いたします。
国民健康保険療養費受領に関すること。

世帯主	住所	氏名	印
代理受領者	住所	氏名	印

交通事故等の第三者行為	有・無	本人	免許・マイナンバーカード・パスポート・その他 ()
		確認欄	通帳・診察券・キャッシュカード・その他 ()

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を揃えて申請及び 円を請求します。

掛川市長様

日付： 年 月 日

世帯主：住所
個人番号
氏名
連絡先

受付者