

国民健康保険療養費支給申請書

(第 回)

平成 年 月 日

神奈川県医師国民健康保険組合理事長 殿

〒 -

申請者
(組合員)

住所 _____

氏名 _____ 印

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。

療養月 平成 年 月分

個人番号																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

医療機関コード					保険種別	①. 国	1. 本入	3. 未入	5. 家入	7. 高入8	9. 高入7
※設定機関コード						4. 退	2. 本外	4. 未外	6. 家外	8. 高外8	0. 高外7
給付割合	7割	8割	9割	10割	(療養を受けた) 被保険者氏名						組合員・家族・従業員
保険者番号	1 4 3 0 1 6				被保険者証 記号・番号	31 -					
性別	1. 男	2. 女		生年月日	1. 明治・2. 大正 年 月 日 3. 昭和・4. 平成						
療養種別	01. 一般診療 02. 装具 03. 柔整 04. マッサージ 05. 鍼灸 07. 移送 08. その他										
点数表	1. 医科	3. 歯科	4. 調剤	実日数	日	食事日数	日				日
療養に要した費用	円				傷病名						
一部負担金					発病又は負傷	平成 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	平成 年 月 日から					
※査定金額						平成 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											

振込先	銀行	支店	預金種目	1. 普通	口座番号															
	信用金庫			2. 当座		(フリガナ)														
	信用組合	本店		3. その他()																
	農業協同組合	出張所		口座名義人																
	番号()	漁業協同組合	番号()																	

※欄は記入しないで下さい。

※処 理 欄	支給金額	円						備考					
	受付	常務理事	事務長	次長	課長	係長	係	申請入力	平成 年 月 日	決済入力	平成 年 月 日	支給日入力	平成 年 月 日
								平成 年 月 日	起案	平成 年 月 日	決裁	平成 年 月 日	完結
								平成 年 月 日	完結				