




国民健康保険療養費支給申請書(第 回)  
特別療養費

年 月 日

(申請先)  
 横浜市 区長

住所 \_\_\_\_\_




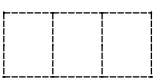

申請者 氏名 \_\_\_\_\_   
 (世帯主)

電話 \_\_\_\_\_


※ 世帯主(成年後見人を含む。)の口座へお振込みをご希望の場合は、押印に代えて、以下の署名欄へご署名いただくことも申請が可能です。その場合、世帯主(成年後見人を含む。)が署名欄に氏名を自署してください。

(署名欄) \_\_\_\_\_

次のとおり療養費・特別療養費の支給を申請します。

被保険者証 記号・番号	40																		
療養を受けた 被保険者氏名												生年月日	年 月 日						
療養内容	医科	20	歯科	21	調剤	22	臓器	24	柔道	25	あん摩 ・マッ サージ	26	針き ゆう	27	治療 用装 具	28	生血	29	
	70	71	72	移送															
	医科	2A	歯科	2B					整復										
資格区分	一 般	1	 本人	2	一部負担 金の割合	1・2・3 割			傷病名										
	 扶養(入院)	3	 扶養(外来)	4															
発病又は負傷 年月日	年 月 日			療養期間	年 月 日から 年 月 日まで			診療 実日数	日										
病院、診療所等の 名称及び所在地									医師等の 氏 名										
療養の給付等を受けるこ とができなかった理由	1 国保加入手続きのため 2 救急で保険証を持っていなかったため 3 他の健保等への返納金のため 4 現物給付が受けられないため 5 その他( )																		
傷病の原因	1 第三者の行為 2 業務上の災害 3 自己の過失 4 その他				療養に要した費用	円													
傷病の経過																			
振 込 先	銀 行			 (支店コード)		種目	普通・当座	口座番号											
	信用金庫					口座名義人		※カタカナでご記入ください。											
農 協			支店																
委 任 状	私は、次の者に療養費・特別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(世帯主) _____ 住所 _____ 氏名 _____  氏名 _____																		
※	査定金額	円							※	支給金額	円								
※ 処 理 欄	支給日入力	決裁日入力		申請日入力		理由が1又は3のとき			受 付										
						資格取得日 年 月 日 届出日 年 月 日													
	(備考)																		

(注意)

- 「」は、退職被保険者の略です。
- ※印の欄は、記入しないでください。