



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 _____

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																															
療養内容	医科	20	歯科	21	調剤	22	臓器 移送	24	柔道 整復	25	あん摩 ・マッ サージ	26	針き ゆう	27	治療 用具	28	生血	29																																							
	医科 海外	70	歯科 海外	71		72																																																			
資格区分	一般		1	①	本人	2	一部負担 金の割合	1・2・3 割			傷病名																																														
	② 扶養(入院)		3	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 国保加入手続中のため 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		カタカナでご記入ください。																																															
	信用金庫		農協		支店		口座名義人																																																		
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 _____ ①																																																								
※	査定金額														円														※	支給金額														円													
※ 処 理 欄	支給日入力							端末入力							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) 1 「①」は、退職被保険者の略です。
2 ※印の欄は、記入しないでください。