



国民健康保険 療 養 費 支 給 申 請 書 (第 _____ 回)

特 別 療 養 費

年 _____ 月 _____ 日

横浜市

区長 _____

住所 _____

申請者 氏名
(世帯主)

印

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	年	月	日								
療養内容	医科	20	歯科	21	調剤	22	柔道整復	25	あん摩・マッサージ	26	針きゅう	27	治療用器具	28	生血	29						
	医科 海外	70	歯科 海外	71		72		75		76		77		78		79						
資格区分	一	般	1	退	本	人	2	一	部	負	担	1	・	2	・	3						
	退	扶	養	3	退	扶	養	4	金	の	割	合	割	傷	病	名						
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	種目	普通・当座	口座番号											
	信用金庫	フリガナ													
	農協	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 _____ 住所 _____ 氏名 _____
-----	--

印

※	査定金額	円	※	支給金額	円	
※ 処 理 欄	支給日入力	決裁入力	申請入力	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	
	課長	係長	係員	決 裁		
				起	年 月 日	
			決	年 月 日		
	(備考)					

(注意) 1 「退」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。