



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	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 用装 具	28	生血	29		
	医科 海	70	歯科 海	71		72														
資格区分	一 般	1	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	2	一部負担 金の割合	1・2・3 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											
	年 月 日				年 月 日			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							
	信用金庫				支店				口座名義人			※カタカナでご記入ください。								
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) 住所 氏名									委任者(世帯主) 氏名										
※	査定金額									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)

- 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。