

国民健康保険療養費支給申請書兼請求書										
療養月	年 月 分	保険種別	1 国	1 本入 3 六入 5 家入 7 高入一 9 高入7						
医療機関コード			2 退	2 本外 4 六外 6 家外 8 高外一 0 高外7						
※設定機関コード		(療養を受けた) 被保険者氏名								
給付割合	7割 8割 9割 10割	被保険者証	記号 1 2 番号							
公費負担者番号 公費受給者番号		個人番号								
保険者番号	1 4 0 1 2 9	生年月日	年 月 日							
傷病原因	1 疾病等 2 第三者行為（交通事故・けんか等） 3 労災事故									
医療種別	01 一般診療 02 装具 03 柔整 04 マッサージ 05 針灸 07 移送 08 その他									
点数表	1 医科 3 歯科 4 調剤	食事回数	回							
療養に要した費用	円(点)	傷病名	別紙同様・()							
一部負担金		発病又は負傷年月日	年 月 日							
食事に要した費用		傷病経歴	不詳・()							
食事標準負担額		療養期間	年 月 日から							
※査定金額			日まで							
支給金額		実日数	日							
病院、診療所等の名称及び所在地		療養の給付を受けることのできなかつた理由								
支払方法	1 現金	金融機関名	銀 行 金 庫 組 合 農 協	本店 支店 本所 支所	店番号	口 座 番 号				
	2 銀行振込				普通・当座	フリガナ 通 帳 名 義 人				
なお、申請時に国民健康保険税の滞納がある方につきましては、振込口座の記入の有無に関わらず、現金支払となりますことを御了承ください。（支給時に滞納額への充当について相談をさせていただきます。）										
上記のとおり別紙必要書類を添えて申請します。 (宛先) (申請者) 年 月 日 秦野市長 住所 (居住地) [世帯主]氏 名 電 話 ()										
※ 申請者(世帯主) と受取人(口座名義人) が異なる場合は 記名(世帯主名)・捺印をお願いします。 上記の金銭の受領に関する一切の権限を口座名義人に委任します。 申請及び請求者(世帯主) 氏名 _____										
上記申請について、次のとおり決定し、別紙のとおり通知してよろしいか。	課 長	課長代理	担 当	受 付	起案	. .				
					決裁	. .				
決定区分						支給却下	通知 . .			
	<input checked="" type="checkbox"/> 支給する。 支給額 円 支払額 一部負担金 金 円 (-) <input type="checkbox"/> 却下する。 理由 []					公印使用				