

国民健康保険療養費支給申請書															
療養月	平成 年 月 分	保険種別	1 国	1 本	見 本					高入 7					
医療機関コード			2 退	2 本						高外 7					
※設定機関コード		(療養を受けた) 被保険者氏名	秦 野 花 子												
給付割合	7割 8割 9割 10割	被保険者証 記号・番号	1 2 — 1 2 3 4 5 6 7												
公費負担者番号 公費受給者番号		個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2												
保険者番号	1 4 0 1 2 9	生年月日	1 昭	・ 2 平	3 4 年	5 月	6 日								
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	平成	年	月	日									
食事に要した費用		傷病経歴	不 詳・()												
食事標準負担額	源泉徴収	療養期間	平成	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	世帯主以外の口座に振込みの場合に世帯主名を記載して下さい														
請求に係る金銭の受領を次の者(口座名義人)に委任します。															
申請及び請求者(世帯主) 氏名 秦野 太郎															
※ 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。															
支払方法	1 現金	金融機関名	丹 沢	銀 行 金 庫 組 合 農 協	桜 町	本店 支店 本所 支所	普通 ・ 当座	口座番号	0	1	2	3	4	5	6
	2 銀行振込							フリガナ	ハダノ ハナコ						
								通 帳 名義人	秦野 花子						
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。															
平成 ○○ 年 ▲ 月 ×× 日															
(あて先) (申請者)															
秦野市長 住所 秦野市桜町1-3-2															
(居住地)															
[世帯主]氏名 秦野 太郎															
電 話 0463 (82) 5111															
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	課長補佐	担 当	受 付	起案										
					決裁										
					支給 却下	通知									
決定区分	<input checked="" type="checkbox"/> 支給する。 支給額 円 (支払額 - 一部負担金) <input type="checkbox"/> 却下する。 理由 { }					公印使用									