

国民健康保険療養費支給申請書

(第 回)

令和 年 月 日

神奈川県歯科医師国民健康保険組合理事長

申請者
(組合員)

住所
氏名
電話番号

次のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請いたします。

療養月 平成・令和 年 月分

医療機関コード		保険種別	1. ④	1. 本入	3. 六入	5. 家入	7. 高入一	9. 高入7
*設定機関コード			4. 退	2. 本外	4. 六外	6. 家外	8. 高外一	0. 高外7
給付割合	7割 8割 9割 10割	(療養を受けた) 被保険者氏名						
第三者行為 (交通事故等)	1. 該当 2. 非該当	マイナンバー(12桁)						
公費負担者番号		受給者番号						
保険者番号	143024	被保険者証 記号・番号	32-					
性別	1. 男 2. 女	生年月日	3. 昭 4. 平 5. 令 年 月 日					
療養種別	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	実日数	日	食事回数	回			
療養に要した費用	円	傷病名						
一部負担金	円	発病又は 負傷年月日	平成・令和 年 月 日					
食事に要した費用		傷病経過						
食事標準負担額 (薬剤負担金)		療養期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで					
※査定金額		療養の給付 を受けること のできな かった理由						
支給金額	円							
病院、診療所等の 名称及び所在地								

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業協同組合	支店 本店 出張所	預金種目	1. 普通				
				2. 当座				
			(フリガナ)	3. その他				
		口座名義人						

※処理欄	支給金額	円		備考				
		上記に基づき支給します。						
		理事長	副理事長	常務理事	事務長	次長	課長	担当

※欄は記入しないで下さい。

委任状	上記療養費の受領に関する一切に権限を委任します。						
	受任者 (口座名義人)			委任者 (申請者)			
	住所 氏名			住所 氏名			