

**国民健康保険 療 養 費 支 給 申 請 書**  
**特 別 療 養 費**  
**(第 回)**

担任	係長	課長	部長
----	----	----	----

(宛先)

川崎市 区長

平成 年 月 日

申請者(世帯主)

川崎市 区

氏名

個人番号

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します。

療養月	平成		年		月	分
-----	----	--	---	--	---	---

一 般 1	退 職 2	保険種別	1. 国	1. 本入	3. 六入	5. 家入	7. 高入	9. 高入7
			2. 退	2. 本外	4. 六外	6. 家外	8. 高外	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						
		個人番号						
保険者番号	1 4 5 0	被保険者証記号・番号	50-					
性別	1. 男 2. 女	生年月日	3. 昭和	4. 平成	年	月	日	
療養種別	01. 一般診療 02. 補装具 03. 柔整 04. マッサージ 05. 鍼灸 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(点)	傷病名						
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		傷病経過	( 第三者行為の有無 有 ・ 無 )					
食事標準負担額		療養期間	平成	年	月	日から		
※査定金額A	円		平成	年	月	日まで		
※支給金額C	円	療養の給付を受けることのできなかつた理由						
病院診療所等の名称及び所在地								

(記入しないでください。)	食 事 療 養 費 欄	総費用額	円 ①	B 基礎金額 (①-②)	受付印	審査済印
		標準負担額相当額	円 ②	円		
		C 支給決定額 (医科・歯科 (A×給付割合+B))			円	

次のとおり口座振込みを依頼します。

振 込 先	銀行	支店	預金種目	1 普通	2 当座	口座番号			
	信用金庫	支店コード	フリガナ						
	農 協		口座名義人						

※口座名義人が世帯主でない場合は、次の委任状を記入してください。

(記入しないでください)

上記療養費の受領に関する権限を委任します。

委任者(世帯主) \_\_\_\_\_ 受任者(口座名義人) \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

支給・不支給通知年月日	年 月 日
支給年月日	年 月 日

療第 \_\_\_\_\_ 号