

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

受付	担任	係長	課長	部長

(宛先)  
 川崎市 区長

令和 年 月 日

申請者(世帯主)  
  
 川崎市 区  
 氏名  
 個人番号

電話番号 ( )

【未納】 無・有  
 【福祉】 無・有 (重・乳・ひ)

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 令和		年		月	分
-----	----------	--	---	--	---	---

一 般 1	退 職 2	保険種別	1. 国 2. 退	1. 本入 2. 本外	3. 六入 4. 六外	5. 家入 6. 家外	7. 高入 8. 高外	9. 高入 0. 高外
給付割合	7割 8割 9割 10割	(療養を受けた) 被保険者氏名						
保険者番号	1 4 5 0	個人番号						
		被保険者証 記号・番号	50-					
		生年月日	3. 昭和 4. 平成 5. 令和	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 令和	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 令和	年	月	日		
※査定金額A	円		平成 令和	年	月	日		
※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	医療機関コード ( ) 診療科 ( )							

(記入しないでください)	食事療養	総費用額	回 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	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	(金融機関コード)	フリガナ						
	農協	(支店コード)	口座名義人						

※ 世帯主名義の口座以外の口座に振込を希望する場合は、次の委任状を記入してください。委任者(世帯主)氏名の欄には、世帯主本人が氏名を自署(自署できない場合は記名押印)してください。

(記入しないでください)

委任状  
 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) 氏名 \_\_\_\_\_ 受任者(口座名義人) 氏名 \_\_\_\_\_

支給決定年月日	令和 年 月 日
支給年月日	令和 年 月 日

療第 \_\_\_\_\_ 号 <保 R4.05>

市確認欄 (番号確認・本人確認書類)	番号確認 (1種類)	対象者(世帯主) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住証明書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )	個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他 ( )	本人確認 (2種類)	年金手帳 <input type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-----------------------	---------------	--	---	---------------	--