

国民健康保険療養費支給申請書										受付	担任	係長	課長	部長	
(宛先) 川崎市 区長															
申請者(世帯主) 川崎市 区 氏名 個人番号										令和 年 月 日					
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	
給付割合	7割 8割 9割 10割				保険種別	1.本入 3.六入 5.家入 7.高入一 9.高入7 2.本外 4.六外 6.家外 8.高外一 0.高外7									
保険者番号	1 4 5 0				(療養を受けた) 被保険者氏名										
被保険者証 記号・番号	50-														
個人番号					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 きなかった理由										
病院診療所等 の名称及び所 在地	医療機関コード 診療科 ()														
処 理 欄 (記入しないでください)	食 事 療 養	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			フリガナ											
	(金融機関コード) 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。(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) 受任者(口座名義人) 氏名 氏名 療第 号 <保 R06.04>														
	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・ 個人番号カード 運転免許証 旅券 在留カード・特別永住証明書 身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳 その他()				個人番号カード 通知カード その他()				年金手帳 国民健康保険被保険者証 その他()			