



国民健康保険 療養費支給申請書 (第 回)  
特別療養費

年 月 日

(申請先)  
横浜市 区長

住所 \_\_\_\_\_

申請者 氏名 \_\_\_\_\_  
(世帯主)  
電話 \_\_\_\_\_

次のとおり療養費・特別療養費の支給を申請します。

被保険者証 記号・番号	40																										
療養を受けた 被保険者氏名															生年月日	年 月 日											
療養内容	医科	20	歯科	21	調剤	22	臓器 移送	24	柔道 整復	25	あん摩 ・マッ サージ	26	針き ゆう	27	治療 用具	28	生血	29									
	医科 海	70	歯科 海	71		72																					
資格区分	一	般	1	退	本人	2	一部負担 金の割合	1・2・3 割			傷病名																
	退扶養 (入院)		3	退扶養 (外来)		4																					
発病又は負傷 年 月 日	年 月 日				療養期間	年 月 日から 年 月 日まで				診療 実日数				日													
病院、診療所等の 名称及び所在地												医師等の 氏 名															
療養の給付等を受けるこ とができなかった理由	1 国保加入手続きのため 2 救急で保険証を持っていなかったため 3 他の健保等への返納金のため 4 現物給付が受けられないため 5 その他 ( )																										
傷病の原因	1 第三者の行為				2 業務上の災害				療養に要した費用															円			
	3 自己の過失				4 その他																						
傷病の経過																											
振 込 先	銀 行 (支店コード)						種目 普通・当座			口座番号				※カタカナでご記入ください。													
	信用金庫						口座名義人																				
	農 協						支店																				
委 任 状	私は、次の者に療養費・特別療養費の受領に関する一切の権限を委任します。 受任者(口座名義人) _____ 委任者(世帯主) _____ 住所 _____ 氏名 _____ (印)																										
※	査定金額	円											※	支給金額	円												
※	支給日入力	決裁日入力	申請日入力				理由が1又は3のとき				受 付																
処 理 欄												資格取得日 年 月 日															
												届 出 日 年 月 日															
	(備考)																										

(注意)

- 「退」は、退職被保険者の略です。
- ※印の欄は、記入しないでください。