

# 国民健康保険療養費支給申請書

支給額 円

上記のとおり療養に要した費用を申請します。

ただし下記内訳のとおり

年      月      日

申請者（世帯主） 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

〇〇市長

○○ ○○様

被保険者 記号・番号					世帯主名								
<div>診療を受けた人</div>		(フリガナ) 氏 名		個人番号				申請者との 続 柄					
		住 所											
		発症負傷日				診療 期間		自 至		診療 日数		日	
		傷病名				傷病の 原因				傷病の 経過			
		診療の内容											
		受診した 医療機関等		名称		( )				診療科			
				所在地						医師名			
		受診状態		入院・外来		受給証		高齢者 3 割・高齢者 2 割・未就学児					
		費用額		円		併用公費又は福祉の名称							
審査 認定額		円		交通事故等の第三者行為				有 ・ 無					
療養費の 種別		一般診療・補装具・柔整・その他 ( )											
療養の給付を 受けることが できなかった 理由													
受取 口座		<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。											
1:現金		振込先		コード		名称		(フリガナ) 口座名義人					
		金融機関				銀行 信用金庫 信用組合 協同組合							
2:振込		支店						口座番号		<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>			
		口座種別		普通・当座・その他 ( )									
点 数				総医療費				支給額					
負担率				一部負担額									

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

# 委任状

年 月 日

国民健康保険給付費等に関する受領を下記の代理人に委任します。

世帯主氏名 (申請者) \_\_\_\_\_

代理人住所

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_