

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 | | | | | | |
| 診 療 を 受けた人 | (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 | | | | | | |
| | 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 _____