

国民健康保険療養費支給申請書

支給額 円

下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

申請者住所

氏名 個人番号

電話番号 ○○市長
○○ ○○ 殿

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										
	診療期間	自 至				受診資格	一般・ (退職被保険者) 本人 ・ 被扶養				
	発病負傷日					診療 日数	日				
	傷病名										
	受診した 医療機関	名称	()			診療科					
		所在地									
	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		うち薬剤 一部負担	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											
公金 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）。 <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										
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								

世帯主以外の方が届出される場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状

申請について、下記のとおり委任します。

受任者住所

受任者氏名

委任者氏名

(世帯主)