

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・ 本人・被扶養	(退職被保険者)		
	発病負傷日				診療 日数	日	
	傷病名						
	受診した 医療機関	名称 所在地	()		診療科		
	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							
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		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)