

# 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  
〇〇 〇〇 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										
		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 医療機関等		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		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 \_\_\_\_\_