

国民健康保険療養費支給申請書

支給額 円

上記の通り療養に要した費用を申請します。

年 月 日

ただし下記内訳のとおり

申請者(世帯主) 住所

氏名

電話番号

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 日数	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	名称		診療科		
		所在地		医師名		
	受診状態		受給証			
	費用額	円	併用公費又は福祉の名称		有・無	
			交通事故等の第三者行為			
療養費の 種別						
療養の給付を受け ることができ なかった理由						
1 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で登録している方に限ります。						
2 振込口座を指定する。						
振込先	コード	名称	(フリガナ)			
金融機関			口座名義人			
支店			口座番号			
口座種別						
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