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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

四街道市長
鈴木　陽介 様

被保険者記号・番号	５４ －		世帯主名			
診療を受けた人	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 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　年　月　日から 至　年　月　日まで	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

~~□ 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。~~
☑ 振込口座を指定する。

~~1:現金~~

2:振込

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		
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。

受付者

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 ＿＿＿＿＿＿＿＿