

# 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	5 4 -			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 期間	自	年	月	日から	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	<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 checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 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