

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 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 受けた ことが できなかつた 理由							
受取 口座	<input type="checkbox"/> <u>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)。</u> <u>※自身で公金受取口座をマイナーボーナル上に登録している方に限ります。</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>振込口座を指定する。</u>						
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。

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 _____