

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 田方郡函南町

氏名 _____ 個人番号 _____

電話番号 _____ 静岡県静岡市清水区 仁科 喜世志 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		田方郡函南町												
		発症負傷日					診療 期間		自 年 月 日 至 年 月 日		診療 日数					
		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		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 農 協										
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 _____