

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。

申請書を提出した日

ただし下記内訳のとおり

年 月 日

申請者（世帯主） 住所 世帯主の住所

氏名 世帯主の氏名 個人番号 世帯主のマイナンバー

電話番号 連絡のつきやすい電話番号

静岡県田方郡函南町長
仁科 喜世志 様

被保険者 記号・番号			世帯主名	世帯主の氏名					
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	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	〇〇病院 ()			診療科			
		所在地	〇〇市〇〇〇 〇-〇〇			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	支払った額 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。 世帯主の口座情報を記入してください								
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 農 協						
	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。

世帯主が記入してください。(代筆不可)

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 _____