

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 _____
田村市長 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									
	発症負傷日		診療 期間	自 至			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）。 ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上で登録している方に限ります。 <input 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。

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 _____