

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

福生市長
加藤 育男 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	☐ 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。									
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			口座番号				
	支店									
	口座種別	普通・当座・その他 ()								
点 数	点	総医療費	円		支給額		円			
負担率	%	一部負担額	円							

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