

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 東京都羽村市長 橋本 弘山 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				
	診療期間	自 至		受診資格	一般・ (退職被保険者) 本人 ・ 被扶養	
	発病負傷日				診療 日数	日
	傷病名	別紙の通り				
	受診した 医療機関	名称	( )		診療科	
		所在地				
	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"/> <del>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）。</del>				
	<del>※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。</del>				
2：振込	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。				
	振込先	コード	名称	(フリガナ)	
	金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	口座名義人	
	支店			口座番号	
	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

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。

年 月 日

世帯主氏名 (申請者) \_\_\_\_\_

代理人住所 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_