

# 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 受けたことが 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> <input type="checkbox"/> 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			
	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 \_\_\_\_\_