

国民健康保険療養費支給申請書

マイナンバーがご不明な場合はご記入ください。

支給額

円

世帯主及び対象の個人番号を取得することについて同意します。

上記のとおり療養に要した費用を申請します。

氏名 _____

ただし下記内訳のとおり

年 月 日

申請者（世帯主）

住所 羽村市緑ヶ丘五丁目2番地1

世帯主情報

氏名 国保 太郎

世帯主のマイナンバー12桁の番号をご記入ください。

電話番号 042-555-1111

東京都羽村市長
橋本 弘山 様

| | | | | | | |
|------------------------------|--|---------------|-------------|------------------------------------|--------------------|---|
| 被保険者 記号・番号 | | | 世帯主名 | 国保 太郎 | | |
| 診療を 受けた人 | (フリガナ) 氏名 | コクホ ジロウ | 個人番号 | 診療を受けた方の マイナンバー12桁を ご記入ください。 | 申請者との 続柄 | |
| | 国保 次郎 | | | | | |
| | 住 所 | 羽村市緑ヶ丘五丁目2番地1 | | | | |
| | 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 | 該当する方に○をつけてください。 | | | | | |
| 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にて登録している方に限ります。 <input checked="" 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 | コクホ タロウ | |
| | 金融機関 | | 国保 | | 国保 太郎 | |
| | 銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 | | | | | |
| | 支店 | 羽村支店 | | 口座番号 | 1 2 3 4 5 6 7 | |
| 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) 国保 太郎

代理人住所 羽村市緑ヶ丘5丁目2番地1

代理人氏名 国保 二郎

個人番号

代理人のマイナンバー12桁の番号をご記入ください。

世帯主以外の口座に振り込みを希望される方は
委任状欄のご記入をお願いいたします。