

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。

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。

支給額円

上記のとおり療養に要した費用を申請します。

氏名

年 月 日

ただし下記内訳のとおり

申請者（世帯主）住所

世帯主情報

氏名

個人番号

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

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	子
	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 受けることが 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)	コクホ タロウ	
	金融機関		国保	口座名義人	国保 太郎	
	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

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

代理人住所

代理人氏名

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。