

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

令和 年 月 日

申請者（世帯主）住所 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

電話番号 _____ 四万十市長 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				申請者との 続柄	
	住所					
	生年月日	年	月	日	個人番号	
	発症負傷日			診療 期間	自 至	診療 日数
	傷病名			傷病の 原因	傷病の 経過	
	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	<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 type="checkbox"/> 振込口座を指定する。					
1：現金 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			総医療費	支給額		
負担率			一部負担額			

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 _____