

## 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 8 年 2 月 24 日

申請者（世帯主）住所 四万十市中村大橋通4丁目10番地

氏名 国保 太郎 個人番号 0000 0000 0000

電話番号 000-0000-0000 四万十市長 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 ハナコ 国保 花子				申請者との 続柄	妻				
	住所	四万十市中村大橋通4丁目10番地									
	生年月日	平成2年 3月 1日	個人番号	0000 0000 0000							
	発症負傷日		診療 期間	自 至	診療 日数	日					
	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 checked="" 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	コクホ タロウ						
	金融機関		四国 <small>銀行 信用金庫 信用組合 協同組合</small>	国保 太郎							
	支店		中村支店	口座番号	1	1	1	1	1	1	1
	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 \_\_\_\_\_