

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

荒川区長
滝口 学 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											
	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												
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。										
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 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