

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 統一柄	
	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 なかつた 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

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。

年 月 日

世帯主氏名 _____
(申請者)

代理人住所 _____

代理人氏名 _____ 個人番号 _____