

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 東海市長様

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			個人番号	申請者との 続 柄	
	住 所					
	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	
	診療の内容					
	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	☐ 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。 ☐ 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)		
	金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	口座名義人		
	支店			口座番号		
	口座種別					
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 _____