

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 _____

福生市長
加藤 育男 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						
	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			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

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 _____