

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 _____

柏原市長 富宅 正浩 殿

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		傷病名				
			至						
		発病負傷日				診療日数	日		
		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"/> 振込口座を指定する <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（公金受取口座をマイナポータル上で登録している方のみ）							
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					
	支店名		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

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 _____