

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)		個人番号		申請者との続柄							
		氏名											
		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	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								
2：振込	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