

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 _____ 大和高田市長
 堀内 大造 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							
	発症負傷日			診療日数	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	名称				診療科		
	所在地					医師名		
	受診状態			受給証				
	費用額	円		併用公費又は福祉の名称				
				交通事故等の第三者行為			有	・ 無
療養費の種別								
療養の給付を 受けたことが 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。							
振込	振込先	コード	名称	(フリガナ)				
	金融機関			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 _____