

# 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。											
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