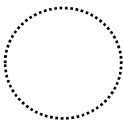


国民健康保険療養費支給申請書



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 令和 年 月 日

申請者 (世帯主)	住所		
	氏名	印	個人番号
	電話番号	小林市長	

被保険者 記号・番号			世帯主名	□申請者と同じ			
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	□申請者と同じ					
	診療年月 診療期間	自 至	令和 年 月	受診資格	一般		
	発病負傷日	別紙のとおり			診療日数	別紙のとおり	
	傷病名	別紙のとおり					
	受診した 医療機関	名称	別紙のとおり			診療科	別紙のとおり
		所在地	別紙のとおり				
	受診状態	入院 ・ 外来		受給証	一般 ・ 高齢者3割 ・ 高齢者2割 ・ 未就学児		
	費用額	別紙のとおり		併用公費又は福祉の名称			
査定認定額	別紙のとおり		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	一般診療受診 ・ 補装具作成 ・ その他()
--------------------------	-------------------------

受取口座	☐ 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報記入不要) ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上で登録している方に限ります。 ☒ 振込口座を指定する					
1. 現金 2. 振込	振込先	コード	名称	(フリガナ)		
	金融機関		銀行 金庫 農協	口座 名義人		
	支店			口座番号		
	口座種別	普通・当座・その他()				

点 数		総医療費	円	支給額	円
負担率		一部負担額	円		

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。		世帯主以外の方が申請する場合は、下記に氏名を記入	
委任状 _____ 年 ____ 月 ____ 日			
国民健康保険給付費等の受領を下記の代理人に委任します。			
世帯主氏名(申請者)	代理申請者		
代理人住所	氏名 _____		
代理人氏名	個人番号		