

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 _____ 我孫子市長あて

被保険者 記号・番号	我		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 期間	自 至	年 月 日 年 月 日	診療 日数	
	傷病名			傷病の 原因			傷病の 経過	
	診療の内容							
	受診した	名称					診療科	
	医療機関等	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 _____