

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 年 月 日 至 年 月 日		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 医療機関等		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 _____