

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 蟹江町

氏名 _____ 個人番号 _____

電話番号 _____ 蟹江町長 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	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ							
	発症負傷日		診療 期間	自 至	年 年	月 月	日 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	<input type="checkbox"/> 別紙のとおり ()			診療科	<input type="checkbox"/> 別紙のとおり		
		所在地	<input type="checkbox"/> 別紙のとおり			医師名	<input type="checkbox"/> 別紙のとおり		
	受診状態	入院・外来		受給証	高齢者3割・高齢者2割・未就学児				
	費用額	円		併用公費又は福祉の名称		精・障・子・母子 / 無			
審査 認定額	円		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 なかつた 理由	(一般診療の場合に記入)								
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。								
1：現金 2：振込	振込先	コード	名称		(フリガナ) 口座名義人				
	金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合						
	支店					口座番号			
口座種別	普通・当座・その他 ()								
点数			総医療費						
負担率			一部負担額						
支給額									

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 _____