

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	□申請者と同じ									
	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	□別紙のとおり ()		診療科	□別紙のとおり					
		所在地	□別紙のとおり		医師名	□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 できなかった 理由	(一般診療の場合に記入)										
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。 □振込口座を指定する。										
1：現金	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								
	2：振込	支店			口座番号						
		口座種別	普通・当座・その他 ()								
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

本人確認書類

運転免許証・マイナンバーカード・旅券・在留カード・その他 ()