

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 高浜市 町 丁目 番地

氏名 個人番号

電話番号

（あて先）高浜市長

被保険者 記号・番号			世帯主名	□申請者（世帯主）に同じ		
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（世帯主）に同じ				
	診療期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日				
	発病負傷日				診療 日数	日
	傷病名					
	受診した 医療機関	名称			診療科	
		所在地				
	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		障害・母子・こども・該当なし	
	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						
受取口座						
	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			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。

申請者氏名

（世帯主）

代理人住所

代理人氏名 個人番号