

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	<input type="checkbox"/> 申請者（世帯主）と同じ		
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	<input type="checkbox"/> 申請者（世帯主）と同じ					
	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	
	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 受けた 理由							
受取口座							
振込先 金融機関	コード	名称	(フリガナ) 口座名義人				
		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 _____