

国民健康保険療養費支給申請書(記載例)

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 京丹後市峰山町杉谷889番地

氏名 京丹後 一郎 個人番号 000000000000

電話番号 0772-69-1234

京丹後市長 様

被保険者 記号・番号	丹〇〇〇-〇〇〇〇〇〇		世帯主名	京丹後 一郎				
診療を 受けた人	(フリガナ)	キヨウタンゴ ハナコ		個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	申請者との 続柄		
	氏名	京丹後 花子						
	住所	京丹後市峰山町杉谷889番地						
	発症負傷日	〇年 〇月 〇日	診療 期間	自 至	〇年 〇月 〇日	診療 日数	日	
	傷病名	右変形性膝関節症	傷病の 原因	不明			傷病の 経過	治療中
	診療の内容	右膝装具 軟性						
	受診した	名称	〇〇病院			診療科	整形外科	
	医療機関等	所在地	京丹後市峰山町杉谷〇〇番地			医師名	京都 一郎	
	受診状態	入院 <input checked="" type="radio"/> 外来	受給証	高齢者3割 <input checked="" type="radio"/> 高齢者2割 <input checked="" type="radio"/> 未就学児				
	費用額	〇〇〇〇〇円	併用公費又は福祉の名称					
	交通事故等の第三者行為				有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>			
療養費の 種別	一般診療 <input checked="" type="radio"/> 補装具 <input checked="" type="radio"/> 柔整 <input checked="" type="radio"/> その他 ()							
療養の給付を 受けることが できなかった 理由	1. 遷として社保の資格を喪失したため 2. 加入保険の確認ができなかったため 3. 補装具作成のため							
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 checked="" 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	キヨウタンゴ ハナコ		
	金融機関	158	京都 銀行 信用金庫 信用組合 協同組合		口座名義人	京丹後 花子		
	支店	361	峰山		口座番号	1 2 3 4 5 6 7		
	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

〇年 〇月 〇日

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） 京丹後 一郎

代理人住所 京丹後市峰山町杉谷889番地

代理人氏名 京丹後 花子 個人番号 000000000000