

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												
氏名 個人番号												
電話番号												
京丹後市長 様												
被保険者 記号・番号						世帯主名						
診療を 受けた人	(フリガナ)						個人番号				申請者との 続柄	
	氏名											
	住所											
	発症負傷日				診療 期間		自 至		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		名称						診療科			
	医療機関等		所在地						医師名			
	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							
					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		<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					
	金融機関				銀行 信用金庫 信用組合 協同組合		口座名義人					
	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