

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) 氏名			個人番号			申請者との 続柄			
	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 受けたことが 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 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。

世帯主氏名（申請者）

代理人住所

代理人氏名

個人番号