

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

〇〇年〇〇月〇〇日

申請者（世帯主）住所 安城市桜町18番23号

氏名 安城 一郎

個人番号 123456789012

電話番号 0566-76-1111

愛知県安城市長

被保険者 記号・番号	12345678		世帯主名	安城 一郎							
診療を 受けた人	(フリガナ) 氏名	アンジョウ ハナコ 安城 花子	個人番号	210987654321	申請者との 続柄	妻					
	住所	安城市桜町18番23号									
	診療期間	自 至 ここは記入しないでください									
	発病負傷日		診療 日数			日					
	傷病名										
	受診した 医療機関	名称	桜町病院	()	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								
	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											
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 checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定する。										
1:現金 2:振込	振込先 金融機関	コード	名称	(フリガナ) 口座名義人	アンジョウ イチロウ						
			安城	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	安城 一郎						
	支店		桜支店	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

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 _____