

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 _____

横浜町長
石橋 勝大 様

被保険者 記号・番号	横国		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	上北郡横浜町字					
	診療期間	自 至					
	発病負傷日					診療 日数	日
	傷病名						
	受診した 医療機関等	名称	()			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 type="checkbox"/> 振込口座を指定する。						
2：振込	振込先	コード	名称	(フリガナ) 口座名義人			
	金融機関						
	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 _____