

138388

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

国立市長 濱崎 真也 殿

|                                  |               |                                                                                                                                       |                            |             |             |     |                      |           |  |   |  |  |
|----------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------|-------------|-----|----------------------|-----------|--|---|--|--|
| 被保険者<br>記号・番号                    |               |                                                                                                                                       |                            | 世帯主名        |             |     |                      |           |  |   |  |  |
| 診療を<br><br>受けた人                  | (フリガナ)<br>氏 名 |                                                                                                                                       |                            | 個人番号        |             |     | 申請者との<br>続 柄         |           |  |   |  |  |
|                                  |               |                                                                                                                                       |                            |             |             |     |                      |           |  |   |  |  |
|                                  | 住 所           |                                                                                                                                       |                            |             |             |     |                      |           |  |   |  |  |
|                                  | 発症負傷日         |                                                                                                                                       |                            |             | 診療<br>期間    | 自 至 |                      | 診療<br>日数  |  | 日 |  |  |
|                                  | 傷病名           |                                                                                                                                       |                            |             | 傷病の<br>原因   |     |                      | 傷病の<br>経過 |  |   |  |  |
|                                  | 診療の内容         |                                                                                                                                       |                            |             |             |     |                      |           |  |   |  |  |
|                                  | 受診した<br>医療機関等 | 名称                                                                                                                                    | 別紙のとおり ( )                 |             |             |     | 診療科                  | 別紙のとおり    |  |   |  |  |
|                                  |               | 所在地                                                                                                                                   | 別紙のとおり                     |             |             |     | 医師名                  | 別紙のとおり    |  |   |  |  |
|                                  | 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<br>認定額                        |               | 円                                                                                                                                     |                            | 交通事故等の第三者行為 |             |     | 有 ・ 無                |           |  |   |  |  |
| 療養費の<br>種別                       |               | 一般診療・調剤・補装具・柔整・その他 ( )                                                                                                                |                            |             |             |     |                      |           |  |   |  |  |
| 療養の給付を<br>受けることが<br>できなかった<br>理由 |               | <input type="checkbox"/> 装具の購入のため <input type="checkbox"/> 保険資格切替遅れのため<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                            |                            |             |             |     |                      |           |  |   |  |  |
| 受取<br>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）。<br>※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。<br><input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。 |                            |             |             |     |                      |           |  |   |  |  |
| 1:現金                             | 振込先           | コード                                                                                                                                   | 名称                         |             | (フリガナ)      |     |                      |           |  |   |  |  |
|                                  | 金融機関          |                                                                                                                                       | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>協同組合 |             | 口座名義人       |     |                      |           |  |   |  |  |
| 2:振込                             | 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