

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 熊本県八代市長
小野 泰輔 殿

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 医療機関等	名称	()					診療科			
		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							
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	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	☐ 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。 ☐ 振込口座を指定する。										
1:現金	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								
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