

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

豊田市長様

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						
	診療期間	自	至	受診資格	一般・（退職被保険者） 本人・被扶養者		
	発病負傷日				診療 日数	日	
	傷病名						
	受診した 医療機関	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	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。						
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