

## 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 豊田市西町3-60

氏名 豊田 太郎 個人番号 123456789012

電話番号 34-6637

豊田市長 様

被保険者 記号・番号	123-4567		世帯主名	豊田 太郎								
診療を 受けた人	(フリガナ) 氏名	トヨタ ハナコ	個人番号	210987654321	申請者との 続柄	妻						
	豊田 花子											
	住所	豊田市西町3-60										
	診療期間	自	至	受診資格	一般・ 本人・被扶養者	(退職被保険者)						
	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・ <u>補装具</u> ・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	<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。											
振込	振込先	コード	名称	(フリガナ) 口座名義人	トヨタ タロウ							
	金融機関	9999	○○		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	豊田 太郎						
	支店	000	○○									
	口座種別	<u>普通</u>	当座・その他( )	口座番号	7	6	5	4	3	2	1	
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 \_\_\_\_\_