

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

申請者（世帯主）

住所

豊田市西町3-60

豊田市長 様

氏名

豊田 太郎

個人番号

123456789012

電話番号

34-6637

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・ (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。 <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	00	口座番号	7 6 5 4 3 2 1	
	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