

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
氏名 個人番号
電話番号 山口県萩市長 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													
	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。

主・員
代理(統括)
マイナ・免・障・在・パス
介・年金・通帳・確認書
その他()
世帯主氏名(申請者)
代理人住所
代理人氏名 個人番号