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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　茨城県東茨城郡茨城町長

小林　宣夫 宛

被保険者記号・番号				世帯主名			
診療を受けた人	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　名			個人番号		申請者との続柄	
	住　所						
	発病負傷日		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		受給証				
	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 2：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				

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 ＿＿＿＿＿＿＿＿