記入例

国民健康保険療養費支給申請書

太枠内のみ記入
※他の欄は記入しない

支給額 ~~※ 記入しない~~ 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　茨城町〇〇　〇〇番地

氏名　茨城　太郎　　個人番号 ~~※ 記入しない~~

電話番号　029-〇〇〇-〇〇〇〇

茨城県東茨城郡茨城町長
小林　宣夫 宛

被保険者記号・番号	茨城 ・ 〇〇〇〇〇〇〇〇（数字８桁）		世帯主名	茨城　太郎	
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　名	イバラキ　ハナコ 茨城　花子	個人番号	~~※ 記入しない~~	申請者との続柄　妻
	住　所	茨城町〇〇　〇〇番地			

診療を受けた人

発病又は負傷日		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 所在地			診療科 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（　　）				

~~※ 記入しない~~

療養の給付を受けることができなかった理由：(一般診療の場合)マイナ保険証 or 資格確認書を忘れてしまったため。/社会保険から切り替え中のため。等
(治療用装具の場合)記入なし

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
✓ ☐ 振込口座を指定する。

こちらに印をつける

1：現金
2：振込

振込先	コード	名称	（フリガナ）
金融機関			
支店			口座番号
口座種別			

口座情報の分かるもの(通帳等の写し)を添付してください。

点　数		総医療費	~~※ 記入しない~~	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
(申請
代理人

※世帯主以外の口座に振り込む場合、こちらの欄の記入が必要になります。

代理人氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿　個人番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿