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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　福岡県大野城市長　殿

<table>
<tr><td>被保険者
記号・番号</td><td colspan="3"></td><td>世帯主名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="10">診療を
受けた人</td><td>(ﾌﾘｶﾞﾅ)
氏名</td><td colspan="2"></td><td>個人番号</td><td></td><td>申請者との
続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>発症負傷日</td><td colspan="2"></td><td>診療
期間</td><td colspan="2">自
至</td><td>診療
日数</td><td>日</td></tr>
<tr><td>傷病名</td><td colspan="2"></td><td>傷病の
原因</td><td colspan="2"></td><td>傷病の
経過</td><td></td></tr>
<tr><td>診療の内容</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">受診した
医療機関等</td><td>名称</td><td colspan="3">（　　）</td><td>診療科</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="3"></td><td>医師名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>受診状態</td><td>入院・外来</td><td>受給証</td><td colspan="5">高齢者３割・高齢者２割・未就学児</td></tr>
<tr><td>費用額</td><td>円</td><td colspan="2">併用公費又は福祉の名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>審査
認定額</td><td>円</td><td colspan="2">交通事故等の第三者行為</td><td colspan="3">有　・　無</td></tr>
<tr><td>療養費の
種別</td><td colspan="6">一般診療・補装具・柔整・その他（　　）</td></tr>
<tr><td>療養の給付を受けることができなかった理由</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>受取口座</td><td colspan="7">☐ 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。</td></tr>
<tr><td rowspan="4">1:現金
2:振込</td><td>振込先</td><td>コード</td><td colspan="2">名称</td><td rowspan="2">(ﾌﾘｶﾞﾅ)
口座名義人</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>金融機関</td><td></td><td colspan="2">銀行
信用金庫
信用組合
協同組合</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>支店</td><td></td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">口座番号</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>口座種別</td><td colspan="2">普通・当座・その他（　　）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>点数</td><td colspan="2"></td><td>総医療費</td><td colspan="2" rowspan="2">支給額</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>負担率</td><td colspan="2"></td><td>一部負担額</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

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＿＿＿＿＿＿＿＿