

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

令和 年 月 日

申請者（世帯主）住所

氏名 個人番号

電話番号

青森県十和田市長 殿

被保険者 記号・番号	十和田		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								
	診療期間	自 至							
	発病負傷日					診療 日数	日		
	傷病名								
	受診した 医療機関等	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・その他 ()								
療養の給付を 受けることが できなかった 理由	☐ 補装具製作所が療養取扱機関ではないため。 ☐ マイナ保険証または資格確認書を提示せずに医療機関を受診したため。 ☐ 他保険を使用して医療機関を受診し、医療費を返還したため。 ☐ その他 ()								
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。								
振込先	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	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 令和 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。

申請者氏名
(世帯主)

代理人住所

代理人氏名 個人番号