

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 \_\_\_\_\_ 熱海市長 あて

|                                  |                           |                   |                            |             |                          |       |          |              |  |
|----------------------------------|---------------------------|-------------------|----------------------------|-------------|--------------------------|-------|----------|--------------|--|
| 被保険者<br>記号番号                     |                           |                   |                            | 世帯主名        |                          |       |          |              |  |
| 診 療 を<br>受 け た 人                 | (フリガナ)<br>氏名              |                   |                            |             | 個人番号                     |       |          | 申請者との<br>続 柄 |  |
|                                  | 住所                        |                   |                            |             |                          |       |          |              |  |
|                                  | 発症負傷日                     |                   |                            |             | 診療<br>期間                 | 自 至   | 診療<br>日数 | 日            |  |
|                                  | 傷病名                       |                   |                            |             | 傷病の<br>原因                |       |          | 傷病の<br>経過    |  |
|                                  | 診療の内容                     |                   |                            |             |                          |       |          |              |  |
|                                  | 受診した<br>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<br>認定額                 | 円                 |                            | 交通事故等の第三者行為 |                          | 有 ・ 無 |          |              |  |
| 療養費の<br>種別                       | 一般診療 ・ 補装具 ・ 柔整 ・ その他 ( ) |                   |                            |             |                          |       |          |              |  |
| 療養の給付を<br>受けることが<br>できなかった<br>理由 |                           |                   |                            |             |                          |       |          |              |  |
| 振<br>込                           | 振 込 先                     | コード               | 名 称                        |             | (フリガナ)<br>口座名義人          |       |          |              |  |
|                                  | 金融機関                      |                   | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>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 年 月 日

国民健康保険給付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 \_\_\_\_\_