

国民健康保険療養費支給申請書 兼 請求書

支給額 円

上記のとおり療養に要した費用を申請(請求)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 記号番号				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								
	発症負傷日				診療 期間	自	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	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 ・ 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									
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	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