

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 _____

会津若松市長あて

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				
	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	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・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					
受取口座	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。				
1:現金 2: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			
負担率		一部負担額			
			支給額		

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。

申請者氏名 _____

(世帯主)

代理人住所 _____

代理人氏名 _____ 個人番号 _____