

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 _____ 刈谷市長

被保険者 記号・番号			世帯主名				
診 察 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 至	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 なかつた理 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)			
	金融機関			口座名義人			
	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。

世帯主氏名 (申請者) _____

代理人住所 _____

代理人氏名 _____ 個人番号 _____