

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 _____ 貝塚市長
牛尾 治朗 様

被保険者 記号・番号		貝国-		世帯主名											
診療を 受けた人		(フリガナ)		個人番号		申請者との 続柄									
		氏名													
		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		外来・入院		受給証									
		費用額		円		併用公費又は福祉の名称									
				交通事故等の第三者行為				有 ・ 無							
療養費の 種別															
療養の給付を 受けることが できなかった 理由															
振込 口座	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・()													
点数				総医療費				支給額							
負担率		割		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

国民健康保険療養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 _____

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 〇年 〇月 〇日

申請者(世帯主) 住所 大阪府貝塚市畠中1丁目17番1号

氏名 貝塚 一郎 個人番号 1234567890

電話番号 072-433-7273 貝塚市長
牛尾 治朗 様

被保険者 記号・番号	貝国-12345			世帯主名	貝塚 一郎							
診療を 受けた人	(フリガナ)	カイヅカ タロウ			個人番号	9876543210		申請者との 続柄		子		
	氏名	貝塚 太郎										
	住所	大阪府貝塚市畠中1丁目17番1号										
	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	外来・入院		受給証								
	費用額	円		併用公費又は福祉の名称								
			交通事故等の第三者行為			有・無						
療養費の 種別												
療養の給付を受けることが できなかった理由												
振込 口座	振込先	コード	名称		(フリガナ)	カイヅカ イチロウ						
	金融機関	123	◇◇銀行		口座名義人	貝塚 一郎						
	支店	321	△△支店		口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	口座種別	普通・当座・()										
点数			総医療費			支給額						
負担率	割		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

国民健康保険療養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 _____