

記入例

国民健康保険療養費支給申請書

住所・氏名・電話番号は世帯主様の情報をご記入ください。

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 群馬県前橋市大手町二丁目1番1号

氏名 前橋 太郎

個人番号

記入不要

電話番号 027-224-1111

前橋市長 様

被保険者 記号・番号	ま 123-4567		世帯主名	前橋 太郎	
診療を 受けた人	(フリガナ) 氏 名	マエバシ ハナコ	個人番号		申請者との 続 柄
		前橋 花子			
	住 所	群馬県前橋市大手町二丁目1番1号			
	診療期間	自 至	受診資格	一般	
	発病負傷日				日
	傷病名				
	受診した 医療機関	名称	記入不要		
		所在地			
	受診状態	入院		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	☐ 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。 ☒ 振込口座を指定する。				
振込	振込先	コード	名称	(フリガナ) 口座名義人	マエバシ タロウ
	金融機関		群馬	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	前橋 太郎
	支店		前橋支店	口座番号	1 1 1 1 1 1
	口座種別	普通	当座・その他（ ）		
点 数		総医療費		支給額	円
負担率		一部負担額			

世帯主様の口座情報をご記入ください。（公金口座の利用を希望する場合は口座情報の記入は不要です。）

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

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。

年 月 日

世帯主氏名

(申請者)

代理人住所

代理人氏名

記入不要