

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 前橋市長 様

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			受診資格	一般			
	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	☐ 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					
	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	円	支給額		円		
負担率			一部負担額	円					

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 個人番号