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	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　名			個人番号		申請者との 続　　柄	
	住　所						
	発病負傷日		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。

２：振込	振込先	コード	名称	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 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	点	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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿