

国民健康保険療養費支給申請書

負担割合
2割・3割

被保険者 記号・番号	療養を受けた 被保険者氏名			
傷病名	個人番号			
	生年月日	昭・平・令	年	月 日
第三者行為	有	無	療養期間	令和 年 月 日 から
発病・負傷 年 月 日	令 年 月 日			令和 年 月 日 まで 日間
診療、薬剤の支給又は手当てを受けた医 療機関の名称及び所在地				
診療又は調剤に従事した医師、歯科医 師、又は薬剤師の氏名				
療養の給付を受け ることができな かった理由	1 補装具作成のため	発病の原因	療養に要した費用	
	2 全額自己負担したため	傷病の経過	治療用眼鏡、弾性着衣等は税抜価格	
	3 移送費		円	
4 その他 ()	療養内容	円		
備考	全額自己負担した理由 1 当該地域に保険診療機関が存在しなかった 2 届出期間内（14日以内）に手続きしたものの、手続き前に全額自己負担した 3 旅行中・急病等で、保険証を持参していなかった 4 資格喪失後に受診した診療費を他保険へ返還した			
請求金額	点 円	審査決定金額	点 円	支給決定金額 円
振込先 金融機関	<input type="checkbox"/> （世帯主・代理人）の公金受取口座を利用します（利用する方は口座情報の記入不要）			
	金融機関	種別	口座番号	名義人（カタカナ）
	銀行 信用金庫 農協	支店 普通 当座		
委任状	（世帯主以外の人のお口座に振込依頼する場合だけ記入してください） 国民健康保険療養費の受領に関する権限を下記代理人に委任いたします。 代理人 氏名 個人番号 世帯主 氏名			

上記のとおり、療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

磐田市長あて

令和 年 月 日

世帯主 住所

氏名

個人番号

電話 ()



審査



入力