

国民健康保険療養費支給申請書（兼請求書）

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 _____

熊谷市長
小林 哲也 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			
	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	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。					
振込	振込先	コード	名称	(フリガナ)		
	金融機関		<small>銀行 信用金庫 信用組合 協同組合</small>	口座名義人		
	支店			口座番号		
	口座種別	普通・当座・その他()				
点数		総医療費	支給額			
負担率		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 年 月 日
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。

世帯主氏名 _____
(申請者)
代理人住所 _____
代理人氏名 _____ 個人番号 _____