

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

松江市長
上定 昭仁 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			
	発病負傷日			診療 日数	日
	傷病名				
	受診した 医療機関等	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で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		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。 年 月 日

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。

申請者氏名 (世帯主) 代理人住所 代理人氏名 個人番号