

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

令和 年 月 日

申請者 (世帯主) 住所 高知市
氏名
電話番号 個人番号

高知市長 様

保険証番号			世帯主名					
療養を 受けた人	(フリガナ) 氏名		個人 番号		申請書と の続柄			
	住所							
	診療期間	自 至						
	診療日	別添のとおり		診療日数	別添のとおり			
	傷病名	別添のとおり						
	受診した 医療機関等	名称	別添のとおり		診療科	別添のとおり		
		所在地	別添のとおり					
	受診状態	入院・外来	負担割合	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					
療養の種類								
療養の給付を受け ることができ なかつた理由	1. コルセット装具は療養費払いの形式によるため		5. 特別療養費					
	2. 医療機関の窓口で10割負担したもの		6. 海外療養費					
	3. 他保険使用	4. 乳幼児	7.					
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)。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。							
金融機関コード			支店コード			種目	口座名義人	
金融機関名	銀行 信用金庫 農協	支店名		本店 支店 出張所 支所	1. 普通 2. 当座	フリガナ		
					口座番号	氏名		
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

令和 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。

申請者名 (世帯主) _____

代理人住所 _____

代理人氏名 _____ 個人番号 _____