国民健康保険療養費支給申請書

支給額　　円

上記の通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

桐生市長

荒木 恵司 様

<table>
<tr><td>被保険者
記号・番号</td><td colspan="3">き</td><td>世帯主名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="10">診療を

受けた人</td><td>(ﾌﾘｶﾞﾅ)
氏 名</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">個人番号</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td>申請者との
続 柄</td><td></td></tr>
<tr><td>住 所</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>診療期間</td><td colspan="7">自
至</td></tr>
<tr><td>発病負傷日</td><td colspan="4"></td><td>診療
日数</td><td colspan="2">日</td></tr>
<tr><td>傷病名</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>受診した
医療機関等</td><td>名称
所在地</td><td colspan="3"></td><td>診療科</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>受診状態</td><td colspan="2">入院 ・ 外来</td><td>受給証</td><td colspan="4">高齢者3割 ・ 高齢者2割 ・ 未就学児</td></tr>
<tr><td>費用額</td><td colspan="2">円</td><td colspan="2">併用公費又は福祉の名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>審査
認定額</td><td colspan="2">円</td><td colspan="2">交通事故等の第三者行為</td><td colspan="3">有 ・ 無</td></tr>
<tr><td>療養費の
種別</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>療養の給付を
受けることが
できなかった
理由</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>受取
口座</td><td colspan="8">~~□ 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。</td></tr>
<tr><td rowspan="4"></td><td>振込先</td><td>コード</td><td>名称</td><td rowspan="2">(ﾌﾘｶﾞﾅ)
口座名義人</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>金融機関</td><td></td><td>銀行
信用金庫
信用組合
協同組合</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>支店</td><td></td><td></td><td rowspan="2">口座番号</td><td colspan="4" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>口座種別</td><td colspan="2">普通 ・ 当座 ・ その他(　　)</td></tr>
<tr><td>点 数</td><td></td><td>総医療費</td><td></td><td rowspan="2">支給額</td><td colspan="4" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>負担率</td><td></td><td>一部負担金</td><td></td></tr>
</table>

別世帯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