

国民健康保険療養費支給申請書

日田市長殿

一金 円也

上記金額を支給されるよう申請します。

ただし下記内訳のとおり

年 月 日

申請者住所

氏名 個人番号

電話番号

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	()		診療科			
	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	うち薬剤 一部負担	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）。 ☐ 振込口座を指定する。						
世帯主 振込先	金融機関	銀行	(フリガナ) 口座名義人				
		支店					
	口座種別	普通・当座・その他 ()	口座番号				
点 数	総医療費		薬剤一部負担金				
負担率	一部負担額		支給額				

上記により支給される金額の受領を()に委任します。委任者()
住所(受任者): 電話番号(受任者):