

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 _____

日田市長 殿

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	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					
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。					
2:振込	振込先	コード	名称	(フリガナ) 口座名義人		
	金融機関					
	支店					
	口座種別			口座番号
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。

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