

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

氏名 個人番号

電話番号

高槻市長 様

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|-------------------|-----|----------|-------------|-------------|----------------------------|--------|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者 記号・番号 | 高国 | | | | 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 | 令和 年 月 日 | | ～ | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養の給付を受けることが できなかった理由 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 指定口座 | <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。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 振込先 | コード | | | 名称 | | | (フリガナ) | | | | | | | | |
| | 金融機関 | | | | | | 銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 | 口座名義人 | | | | | | | | |
| | 支店 | / | | | | | 支店 本店 出張所 | 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。

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。

申請者氏名 (世帯主)

代理人住所

代理人氏名 個人番号