

# 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 所在地	( )			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								

- 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。

振込先 指定口座	振込先	コード	名称			(フリガナ)							
	金融機関												
	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