

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 _____ （申請先）土浦市長

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						
	発症負傷日		診療 期間		診療 日数	日	
	傷病名		傷病の 原因		傷病の 経過		
	診療の内容						
	受診した 医療機関等	名称		診療科			
		所在地		医師名			
	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	一般診療・補装具・柔整・その他（ ）						
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。						
1：現金	振込先	コード	名称	(フリガナ) 口座名義人			
	金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合				
2：振込	支店			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

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 _____