

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

青森市長 様

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	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	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 2:振込	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				
	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。

申請者氏名

(世帯主)

代理人住所

代理人氏名 個人番号