

## 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 \_\_\_\_\_

女川町長 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		申請書との 続柄	
	住所					
	発症負傷日		診療 期間	自至	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			
	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	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	(フリガナ) 口座名義人	
	金融機関					
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		一部負担金				

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 (申請書) \_\_\_\_\_

代理人住所 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_