

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者記号・番号		み利 A		太枠の中を御記入ください。 該当するところに□を記入してください。									
療養を受けた被保険者氏名				世帯主との続柄		生 年 月 日							
(フリガナ)						昭和 平成 令和 年 月 日							
個人番号		氏名を記載している場合、省略可											
傷 病 名				傷 病 原 因		傷病の経過							
☐ 別添「診断書」又は「レセプト」のとおり ☐ その他 ()				☐ 一般疾病 ☐ 第三者行為		☐ 治癒 ☐ 治療継続中 ☐ その他 ()							
発病(負傷)年月日 及び負傷内容等		☐ 別添「診断書」のとおり ☐ 別添「レセプト」のとおり		療養の 期 間		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日							
採 寸 ・ 採 型 日 (補装具)		☐ 別添「診断書」のとおり ☐ 令和 年 月 日											
療 養 種 別		☐ 一般診療 ☐ 補装具・小児弱視等治療用眼鏡 ☐ 海外療養費 ☐ その他 ()											
療養の給付を受けることができなかった理由													
☐ 個人番号カード又は資格確認書等を不所持だったため、医療費を自己負担で医療機関等を受診した。 ☐ 以前加入していた保険の資格確認書等を使用した。 ☐ 給付割合の変更により、自己負担額(一部負担金の額)に差額が生じた。 ☐ 補装具の装着を医師(保険医)が認め、その費用を支払った。 ☐ その他 () ※輸血(生血)・海外の医療機関受診したなど													
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局等													
☐ 別添「診断書」のとおり ☐ 別添「レセプト」のとおり ☐ その他 ()													
療 養 に 要 した 費 用		円		自 己 負 担 額 (一部負担金の額) ※担当者記入欄		円		支 給 金 額 ※担当者記入欄		円			
振込先口座(申請者(世帯主)以外の口座を指定する場合は、裏面の委任状欄に記入すること。)													
☐ 公金受取口座への振込みを希望します。 ※公金受取口座とは、給付金等の受取のための口座として国(デジタル庁)に任意で登録した口座になります。													
金 融 機 関 名	銀 行・信用金庫 農 業 協 同 組 合・信用組合 労 働 金 庫・()			支 店 名	本 店 支 店 出 張 所			預 金 種 類	1 普 通 座 2 当 座 3 貯 蓄				
	金融機関コード				支店コード								
口 座 番 号(右詰め)				口座名義人 (カタカナで記入)									
上記のとおり療養費に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。													
令和 年 月 日				申請者(世帯主) 住 所 利府町									
				氏 名									
				個人番号									
利府町長 殿				電話番号 ()									

— 委 任 状 —

本申請に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。

記

代理人	住 所	
	氏 名	
	申請者(世帯主) との関係	

令和 年 月 日

申請者(世帯主)住 所 利府町

氏 名

※担当課記入欄

区 分		入院・外来区分	給付割合
種 別	☐ 一般 ☐ 退職本人 ☐ 退職扶養	☐ 入院 ☐ 外来	☐ 7割 ☐ 8割 ☐ 9割
年齢区分	☐ 若年 ☐ 前期 ☐ 高齢 (歳)		
高齢者負担	☐ 上位 ☐ 一般 ☐ 低Ⅱ ☐ 低Ⅰ		

本人確認欄

☐個人番号カード ☐運転免許証 ☐パスポート ☐その他(☐資格確認書、☐診察券、☐
、☐)