

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

世帯主（申請者）住所 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

電話番号 _____ (提出先) 川越市長

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						
	診療期間						
	発症負傷日			診療日数			
	傷病名						
	受診した 医療機関等	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				
査定認定額	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つた理由							
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。						
2 振込	振込先	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。

世帯主氏名

(申請者) _____

代理人住所

代理人氏名

個人番号 _____

【申請書の提出場所】

国民健康保険課（郵送可）、各市民センター又は川越駅西口連絡所（平日のみ）

受付担当者	添付書類 チェック欄	受付印