

様式第4（第7条関係）

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 新城市長											
被保険者 記号・番号				世帯主名							
診療を 受けた人	(フリガナ)			個人番号			申請者との 続柄				
	氏名										
	住所										
	発症負傷日	年 月 日		診療 期間	自 至	年 月 日 年 月 日		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 checked="" 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ンバーポータル主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。										
振込	振込先	コード	名称	(フリガナ)							
	金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	口座名義人							
	支店	本店・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

税確認	受付	支払

資格（担当者記入欄）

区分	住民コード	割合	福祉	前期
本　・　家				