

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) 氏名			個人番号			申請者との 続柄	
	住所							
	発症負傷日	年 月 日	診療期間	自 至	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 所在地					診療科 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つた理由								
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)。 <small>※ご自身で公金受取口座をマイナボーカル上にて登録している方に限ります。</small> <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) 口座名義人				
	金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合					
	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				