

国民健康保険療養費支給申請書記入例（被保険者用）

赤字部分をご記入ください。

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

申請者（世帯主）住所 **常総市〇〇町 1234 - 5**氏名 **東西 太郎**個人番号 電話番号 **012-3456-7890**

茨城県常総市長

神達 岳志 殿

被保険者
記号・番号**常総 012345**

世帯主名

東西 太郎診療を
受けた人(フリガナ)
氏名**トウサイ タロウ**

個人番号

申請者との
続柄**本人、妻
など**

住所

常総市〇〇町 1234 - 5

発病負傷日

令和〇年〇月〇日診療
期間

自

令和〇年〇月〇日

至

令和〇年〇月〇日診療
日数**〇** 日

傷病名

骨折、風邪 など傷病の
原因**運動中の転倒**傷病の
経過**良好**

診療の内容

膝の痛みがあり、装具の作成をすすめられた。受診した
医療機関等

名称

常総病院

()

診療科

内科

所在地

常総市〇〇町 123-4

医師名

常総 花子

受診状態

外来または入院

受給証

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**外出先で保険証を持っていなかったため。国保加入手続き前に受診したため。**受取
口座☐ 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。☒ 振込口座を指定する。

振込先

コード

9999

名称

茨城銀行

1：現金

金融機関

9999**茨城銀行**

2：振込

支店

999**常総支店**

口座種別

普通

点数

負担率

記入不要

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

日付は窓口でご記入いただくため、記入しないでください。

※郵送申請の場合は、投函日をご記入ください。

資格情報のお知らせ等に記載されている記号・番号をご記入ください。

実際に診療を受けた人についてご記入ください。

【発病負傷日】発症日が明確な場合はその日付。不明確な場合はおおよその年月まで

【診療期間・日数】自費で受診した始まりと終わりの日及び1か月の間に受診した日数

【傷病名】複数ある時は代表的なものをひとつ

【交通事故等第三者行為】
工作中や交通事故が原因の怪我・病気の場合は、「有」に○

振込先の口座情報

世帯主以外の口座への振込を希望する場合は、委任状欄もご記入ください。

※公金受取口座は利用できません。

代理人は同一世帯の方または代表相続の方に限ります

【郵送申請の場合】

申請の前に必ず健康保険課までご連絡ください。（電話：0297-23-2111 内線：1212）

○郵送いただくもの

「療養費申請に必要なもの」に記載の書類に加えて、以下のもの

- ・ 申請書
- ・ 資格情報のお知らせ等の写し
- ・ 申請者の身分証明書の写し（運転免許証など、裏面の記載もある場合は裏面も）

健康保険課で書類を受領後、書類等を審査し、問題が無ければ2～3か月後にお振込みします。