

受付番号	
種類	

理事長	役員	事務局長	主任	係

決定	令和	年	月	日
支給決定額				円

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者 記号・番号				発病・負傷 年月日	(平成・令和) 年 月 日		
療養を受けた方	氏名			発病・負傷 の原因	【原因】外傷の場合は詳しく記入してください。 第三者の行為(交通事故等)によるものですか。 はい・いいえ		
	個人番号 (マイナンバー)						
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	傷病名	
	組合員との続柄			療養内容			
療養期間	(平成・令和) 年 月 日から 年 月 日まで (日間)						
療養を受けた病院等の 名称及び所在地							
療養に従事した医師等の氏名							
療養の給付等を受ける ことができなかった理由				療養に要した 費用の額	円		

希望する 振込先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する者は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。					
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する					
	振込先 金融機関	金融機関名	銀行 信用金庫	コード	本店 支店	コード
		預金種目	1. 普通預金 2. 当座預金	口座番号		
		フリガナ				
名義						

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

組合員 住所 _____

氏名 _____ (印)

個人番号 _____

電話番号 _____

静岡市食品国民健康保険組合理事長 様

委任状	私は、上記により支給される金額の受領に関する一切の権限を下記受任者に委任します。			
	受任者	住所 _____	委任者	住所 _____
		氏名 _____ (印)	(組合員)	氏名 _____ (印)

※組合記入欄

費用額		保険者 負担額		一部 負担金		給付割合	割
区分	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 前期高齢者	<input type="checkbox"/> 高齢一般	<input type="checkbox"/> 高齢現役	<input type="checkbox"/> 未就学児	<input type="checkbox"/> 特定被保険者	