

## 記載例

## 国民健康保険療養費支給申請書

療

下記のとおり申請します。

令和 3 年 4 月 1 日

(宛先) 新潟市長

申請者(世帯主)

郵便番号 951-■■■■

住所 新潟市 中央区学校町通●番町●番地●

氏名 新潟 花子 電話番号 ×××-△△△-●●●●

個人番号 ■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■

療養を受けた被保険者

被保険者  
記号・番号 新潟 12-345-■■■■ (枝番) ●●

氏名 新潟 柳都

生年月日 昭和 ■■■年■■■月■■■日

入院・外来の区分 入院・外来

個人番号 ■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■

発病・傷病の原因 事故・その他

支払区分	口座振替金融機関	預金種別	口座番号	口座名義
1 口座振替 2 その他 (現金受領の場合は、押印が必要です。)	銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫 農協	本店 1 普通 2 当座 3 貯蓄 4 別段 出張所	1234●●●●	(フリガナ) ニガタハナコ 氏名 新潟 花子

委任状 この欄は申請者(世帯主)以外の口座に振込を希望する場合に記入してください

支給される金額の受領を下記の者に委任します。

年 月 日

郵便番号 ■■■-■■■

受任者 住所

氏名

印 電話番号 - -

(受任者、委任者とも押印願います。)

委任者(世帯主)

印

処理欄(以下は、記入しないでください。)

この欄は、記入不要です

発病 (負傷) 年月日	療養 期間 年月日	療養 内容	療養に要 した費用 円	療養の給付を受 けられなかつ た理由	保険者の 決定した 費用 円
発病の 原因	傷病の 経過				
一般	支給決定金額	受付者	受付区	管轄区	高齢受給者
退職	本人 扶養				負担割合