国民健康保険　療養費支給申請書

太枠の中のみ記載

※太わくの中のみ記載して下さい

保険者番号	1 2 0 1 7 0	（療養を受けた）被保険者名	柏　太郎
記号・番号	柏 ー ○ ○ ○ ○ ○ ○	生年月日	1.昭 2.平 3.令 1 年 5月 1日
公費負担者番号		性別	1. 男 2. 女
受給者番号		入院外来	1. 入院 2. 外来
個人番号		第三者行為	1. 有 2. 無
高齢者・乳幼児	1. 70歳以上高齢者 2. 6歳（未就学者）	給付割合	7割 8割
診療年月	令和 年 月 診療	療養期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
療養費種別	01. 一般診療 （1. 海外療養費） 02. 補装具 03. 柔整 04. あんま・マッサージ 05. はり・きゅう 06. 看護 07. 移送 08. その他 09. 標準負担額差額 10. 生血		
傷病名		疾病コード	受領委任コード
診療を受けた医療機関等の所在地及び名称		機関コード	
		発病又は、負傷の原因	長期 長期高額 1. 低Ⅰ 2. 低Ⅱ
申請の理由			
診療・調剤又は、手当てに従事した医師、歯科医師、薬剤師等の名			第二法別
療養に要した費用			
薬剤一部負担金			
患者負担額			
食事に要した費用			
食事標準負担額（E）			

振込先を公金受取口座とする場合は，公金受取口座を利用するに☑をし，個人番号を記入して下さい。
※振込先は世帯主の公金受取口座のみとなります。

振込口座を指定するに☑をした場合は，口座情報を記入してください。

受取口座（どちらか選択）	□ マイナポータルで登録した公金受取口座を利用する（個人番号を記入してください）		
	個人番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿		
	□ 振込口座を指定する（下記口座情報を記入してください）		
口座情報 銀行名/ｺｰﾄﾞ		支店名/ｺｰﾄﾞ	支店
口座番号		預金種目	1. 普通 2. 当座 3. 別段 4. 貯蓄預金 9. 他
口座名義人	フリガナ		
		備考	

世帯主の口座をご指定ください。
※世帯主以外の口座を指定する場合は，裏面の委任状の記入も必要となります。

証拠書類を添えて申請いたします。

世帯主　住所

氏名

電話

受付【収受印】

柏市長　　宛

世帯主の署名をしてください。

委　任　状

令和　　年　　月　　日

柏 市 長 あて

世帯主の署名，捺印をしてください。

住 所　柏市

氏 名　　柏　貴史　　印

下記の者を代理人と定め国民健康保険療養費の受領に関する一切の権限を委任したのでお届けします。

代理人（世帯主との続柄ー　子 ）

住　所

氏　名　　柏　太郎

生年月日 T･S･H･(R)　1年　5月　1日

電話番号　　（　　）

口座名義人の記入をしてください。