

国民健康保険 療養費・特別療養費 支給申請書

被保険者	記号	番号	連絡先	
療養を受けた被保険者氏名			個人番号	
生年月日	年	月	日	本人確認 マイナ・免・旅・敬老・他 ()
傷病名				
病院等	名称	医師等の氏名		
	住所			
療養の給付を受けられなかった理由	1 装具 2 被保険者資格を確認できなかったため 3 特別療養費期間の療養のため 4 その他			
療養期間	年	月	日	～ 年 月 日 入院・外来・調剤・歯科
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。 受領については、下記のとおり振込を依頼します。 年 月 日 世帯主 鹿児島市 丁目 番 号 町 番地 氏 名 個人番号 鹿児島市長 殿				
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します (マイナポータル等から登録した口座を利用される方) ※公金受取口座への振込を希望し、上記にチェックを入れた場合は、以下の金融機関情報についての記載は必要ありませんが、記載があった場合には以下の金融機関情報への振込を優先します。				
振込先	銀行 (金庫)	支店	預金別 普通	口座番号 口座名義 (フリガナ)
※受取人が世帯主と異なる場合 (代理人の公金受取口座又は世帯主名義以外の口座に振込を希望する場合は、必ずご記入ください)。 【委任状】 上記療養費の受領に関することを下記の者に委任します。 (受任者) 住 所 氏 名 生年月日 年 月 日 個人番号				
鹿児島市長 殿 (世帯主) 氏名 印				
※該当の際は□にチェックをしてください <input type="checkbox"/> 第三者行為 (交通事故、傷害、犬咬み等) が原因の傷病に該当する				

※保険料に未納がある場合は、口座振込ができないことがあります。

資格取得年月日	年	月	日	届出年月日	年	月	日
決定年月日	保険税照合	新規	完納	未納	誓約	受付	
	療養に要した費用額		円				
	支給決定額		円				