

国民健康保険療養費等支給申請書

平成令和

2年1月分

記入例

(提出先) 大阪市長

次のとおり療養に要した費用の支給を明細書・領収書等を添えて申請します。支給の決定に際し、必要な公簿を閲覧されることに異議ありません。

※以下、太線の枠内のみご記入ください。

申請者 (世帯主) 申請日 令和 2 年 4 月 15 日 番号
住所 〒 530 - 0005 大阪市 北区 中之島〇丁目〇番〇号
フリガナ コクホ イチロウ
氏名 又は 個人番号 国保 一郎
電話 090 - 0000 - 0000
※必ずご記入ください (日中連絡の取れる電話番号)

※申請区分「4」、「5」、「7」に該当する方は、氏名と個人番号の両方を記入してください。

受診者

給付開始 年 月 日
届出 年 月 日
証交付 年 月 日
被保険者記号番号 阪国 北 012345
フリガナ コクホ ハナコ
氏名 又は 個人番号 国保 花子
生年月日 昭和・平成・令和 2 年 1 月 1 日
※申請区分「4」、「5」、「7」に該当する方は、氏名と個人番号の両方を記入してください。

査定
食事・生活療養 円
療養 円
一部負担金 円
支給決定額 円

食事・生活療養費差額
460 260
(360 - 210) × 回 = 円
260 100
(210 - 160) × 回 = 円
(160 - 100) × 回 = 円
長期該当日 年 月 日

申請理由
1 〇 医科 (入院)
2 〇 医科 (入院外)
3 〇 歯科
4 〇 調剤
5 〇 装具
6 〇 鍼灸
7 〇 マッサージ
8 〇 柔整
9 〇 その他
1 〇 療養費払いのため
2 〇 証の申請期間中のため
3 〇 食事・生活療養費の差額申請
4 〇 大阪府外受診のため
5 〇 その他 (急病等)
6 〇 一部負担金の差額支給
8 〇 限度額適用のため
9 〇 海外療養費
1 〇 療養費
4 〇 食費・生活療養費差額支給 (※)
5 〇 移送 (※)
6 〇 結核・精神
7 〇 特別療養費 (※)
8 〇 高齢者差額支給
9 〇 高齢者療養費追加支給
1 〇 第三者行為
2 〇 業務上の事故
3 〇 その他

決定
〇 支給
〇 不支給
処理欄

診療を受けた医療機関等
名称 大阪国保病院 所在地 大阪市北区淀屋橋〇-〇-〇
診療又は調剤に従事した医師・歯科医師又は薬剤師の氏名 療養 太郎 傷病名 急性気管支炎等
療養等の期間 (装具は医師の所見日) 令和2年1月15日から 日まで 日間
(食事 回)
発病又は負傷の年月日 令和2年1月14日 療養等に要した費用 10,000 円

上記療養費等の支払については、次の口座に口座振替されるよう依頼します。

振込先金融機関名 第一国保 淀屋橋
銀行 信用金庫 信用組合
支店 1 普通預金
2 当座預金
3 貯蓄預金
金融機関コード 1 1 1 1 店番号 2 2 2
口座番号 (右詰めでご記入ください。) 3 3 3 3 3 3 3
フリガナ (カタカナ) コクホ ハナコ
口座名義 国保 花子

委任状 (世帯主以外の方が申請・受領する場合、記入が必要です)
委任者 (世帯主) 療養費に関する 〇 申請・〇 受領 を下記の受任者に委任します。 令和 2 年 4 月 15 日
氏名 国保 一郎 住所 同上
受任者 〒 530 - 0005 住所 大阪市北区中之島〇丁目〇番〇号
(フリガナ) コクホ ハナコ 世帯主との関係 妻
氏名 国保 花子 日中連絡の取れる電話番号 080 - 1111 - 2222
同意書兼 誓約書 〇 大阪市が申請書等の事実確認のため、委任者に受任者の情報を提供することに同意します。
〇 委任者の意思に基づかず申請し給付を受領した場合は、速やかに委任者へ引き渡すことを誓約します。

世帯主以外の方が申請・受領する場合は【委任状】に記入願います。