

# 国民健康保険 療養費支給申請書

保険証番号		※ 太線の枠内へ必要事項を記入してください。	
対象者	氏名		生年月日
	療養の種類	<input type="checkbox"/> 治療用装具(コルセットなど) <input type="checkbox"/> 一般診療(10割負担医療費等) <input type="checkbox"/> 海外療養費 <input type="checkbox"/> 移送費 <input type="checkbox"/> その他( _____ )	
	交通事故等による 第三者行為	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
療養の詳細		別紙 証拠書類のとおり	
療養に要した費用		支給決定額	
振込先	金融機関名		
	支店名		
	口座番号	口座種別	
	口座名義人 (カタカナ)		
	公金受取口座	<input type="checkbox"/> 利用します      (注) 公金受取口座は、世帯主の口座のみ利用可能です。 利用を希望する場合のみ、 <input type="checkbox"/> にチェックを記入してください。	
届出人	氏名	電話番号	

※届出人が世帯主の場合は、「届出人」欄の記入は不要です。

上記のとおり療養に要した費用に関して、別紙証拠書類を添えて申請ます。

申請者(世帯主) \_\_\_\_\_ 申請日 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

(電話番号) \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (個人番号) \_\_\_\_\_

※ 口座名義人と申請者(世帯主)が異なる場合は、以下の委任欄へ記入が必要です。

委任欄	
私は、伊丹市より支払われる療養費の受領に関する一切の権限を受任者に委任します。	
委任者 (世帯主)	住所 _____
	同 上
	氏名 _____ 生年月日 _____
受任者 (口座名義人)	住所 _____
	氏名 _____ 生年月日 _____
	続柄 _____
	電話番号 _____