

【 申 請 書 記 入 例 】

国民健康保険療養給付費支給申請書

(乳幼児・小学生・中学生・高校生等に係る一部負担金)

令和〇〇年 6月12日

福島市長

世帯主 住所 福島市 五老内町3番1号

氏名 福島太郎 福島 印

電話 024 (525) 3773

次のとおり、療養を受けた際に支払った一部負担金について領収書を添えて申請します。

被保険者証 記号番号	島1 000000	療養を受けた 子どもの氏名	福島 一郎	
		生年月日	平成 令和 22年 2月 22日生	
傷病名	医療機関等から送付される診療報酬明細書のとおり			
療養期間	平成 令和 〇〇年 5月 11日から	日まで	(1 日間)	
療養を受けた病院・ 診療所・薬局等の名 称及び所在地	名称	エンゼルこどもクリニック		
	所在地	山形市◇◇町三丁目3番3号		
療養を受けた病院・診療所・ 薬局等で支払った金額	1,500 円			
振込金融機関名	ももりん	銀行・農協 信用金庫	福島	支店 支所
振込口座番号	(普通) 0000101	口座名義人	フクシマ ハナコ ※ カタカナで記入してください	
備考				

世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は、下記委任欄へ御記入ください。

本請求に基づく給付金の受領に関する権限を次の者に委任します。

令和〇〇年 6月12日

世帯主 (委任者)	住所 福島市 五老内町3番1号	氏名 福島太郎 福島 印
口座名義人 (受任者)	住所 同上	氏名 福島花子

この申請書は福島県外の医療機関などで療養を受けた際、一部負担金(3割または2割)を支払った場合に使用する申請書です。『医療機関ごと』、『療養を受けた月ごと』に申請願います。
医療機関で10割負担をした場合は、「国民健康保険療養費支給申請書」をお使いいただくことになります。

【事務処理欄】

区 分	□乳幼児 □小学生 □中学生 □高校生等	給付割合(レセプト)	割
受付担当	国保年金課 () 支所・出張所	支給事務担当	国保年金課

○提出日を記入してください。

○世帯主の住所・氏名・電話番号を記入し、押印してください。

※3世代世帯等で、世帯主が“療養を受けた子ども”からみて祖父・祖母となる場合は、祖父・祖母が申請者となりますので、注意してください。

○被保険者証記号番号、療養を受けた子どもの氏名・生年月日、療養期間(医療機関での受診日、受診された医療機関等名称)を記入してください。

※申請書は、療養を受けた子どもごと、月ごと、医療機関等ごとに作成してください。

○領収書の保険診療分一部負担金の合計金額を記入してください。

○世帯主の口座情報を記入してください。世帯主以外の口座に振込みを希望される場合は、世帯主以外の口座情報を記入した上、下記委任欄に委任内容を忘れずに記入してください。

※同じ印鑑を押印してください。

※記入例は、世帯主(福島太郎様)以外の口座に振込みを希望される場合の記入例です。振込を世帯主以外(福島花子様)の口座にしています。委任欄には、世帯主(福島太郎様)から口座名義人(福島花子様)に給付金の受領に関する権限を委任しています。