

記入例

国民健康保険療養費支給申請書

山口市長様 下記のとおり申請します。 申請日 令和 3 年 3 月 1 日

世帯主 氏名	国保 太郎	被保険者 番号・番号 世帯主 番号	山3- 0123456789	0000 - 0000 - 0000
世帯主住所	山口市 龜山町2番1号			
届出者氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主の場合はチェック 国保 花子	届出者 住所	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主住所と同じ場合はチェック	
電話番号	083 - 123 - 4567 (日中つながりやすい電話番号をご記入ください)			
療養を受けた 被保険者氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主の場合はチェック	個人番号 生年月日	- - 昭・平・令 35年 11月 2日	
振込先 (世帯主口座)	種目	口座番号 (ゆうちょ以外)	フリガナ 口座名義	1 2 3 4 5 6 7
	ゆうちょ銀行 記号	番号	コクホ タロウ 国保 太郎	
委任状 ※上記口座が世帯主 以外の名義の場合は ご記入ください。	委任者(世帯主) 氏名 私は、下記の者を代理人と定め、山口市国民健康保険療養費の受給に関する権限を委任 します。 代理人 氏名 <input type="checkbox"/> 世帯主住所と同じ 住所			
発病負傷 年月日	平・令 年 月 日	療養 期間	平・令 年 月 日から 日まで 日間	
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、 診療所、薬局その他の名称及び所在地	名称	所在地 市・区・町・村		
医師、歯科医師又は薬剤師の氏名				
療養の給付を 受けなかった 理由	<input checked="" type="checkbox"/> 補装具装着 <input type="checkbox"/> 保険証未提示 <input type="checkbox"/> 他健康保険へ返納 <input type="checkbox"/> 海外での療養 <input type="checkbox"/> その他 ()	発病の 原因	<input checked="" type="checkbox"/> 第三者行為でない <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 第三者行為	
入院外来区分	入院 ・ 外来	傷病の 経過	<input type="checkbox"/> 治療上装具の装着が必要 <input type="checkbox"/> ()	
療養に要した 費用の額	円	療養 内容	補装具・診療(医・歯・調)・生血輸送 その他()	
事務 処理 種別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職(本) <input type="checkbox"/> 退職(扶)	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> 現役 <input type="checkbox"/> イ (I・II・III) <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> 低所得 <input type="checkbox"/> オ (I・II)	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	滞納の有無 有・無 (収納課同意者:) 過去の支給との重複 無・有()

記入箇所

世帯主以外の
口座にされる
場合は、
こちらの委任
状を世帯主本
人が記入して
ください。

《注意事項》

- 個人番号とは、マイナンバーカードまたは通知カードに記載されている12桁の番号です。
紛失等で不明な場合は、空欄での提出も可です。
- 発病の原因が、第三者行為(相手方のある交通事故等)または労災の場合は、確認が必要となります
のでご相談ください。