

障がい・ひとり親・子ども	費用額	円	No.
前期高齢・高齢（2割・3割）	一部負担金	円	受付印
	差引支給額	円	

国民健康保険療養費支給申請書

個人番号																				
療養費対象者	記号番号	門国 -										一般								
	氏名											性別	男・女							
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生										世帯主との続柄	本人・妻・()							
	申請理由	補装具・無保険受診・特別療養費・海外療養費・その他()																		
傷病名																				
療養期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間																		
診療区分		入院・通院						医科・歯科・調剤・その他()												
医療機関												第三者行為の有無				有・無				

振込先金融機関	預金種別	口座番号(7桁)	名義(ひらがな)
銀行 農協 信用金庫	支店	普通預金	
金融機関コード	支店番号	当座預金	

委任状欄 (世帯主以外の口座へ振り込む場合)	令和 年 月 日	(口座名義人)
	上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を _____ に委任します。	
	(世帯主) 住所 _____ (署名) _____ 氏名 _____	※委任者が手書きできない場合は、記名押印してください。

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。

令和 年 月 日

世帯主

門真市長 様

〒 571-
住所 門真市
氏名
電話