

国民健康保険療養費支給申請書

支給額 円 年 月 日

上記のとおり療養に要した費用を申請します。

ただし 下記内訳のとおり

| | | | | |
|----------|------|-----|------|--|
| 申請者（世帯主） | 住所 | 門真市 | | |
| | 氏名 | | 個人番号 | |
| | 電話番号 | | | |

門真市長 様

| | | | | | | |
|---------------|--|---------|----------------------------|--------|----------------------|----------------------|
| 被保険者 記号・番号 | 門国 - | 世帯主名 | | | | |
| 診療を 受けた人 | (フリガナ) | | | 個人番号 | 申請者 (世帯主) との続柄 | 本人・夫・妻・子 ・その他 () |
| | 氏名 | | | | | |
| | 住所 | 門真市 | | | | |
| | 発症負傷日 | | 診療 期間 | 自 至 | 診療 日数 | 日 |
| | 傷病名 | | 傷病の 原因 | | 傷病の 経過 | |
| | 診療の内容 | | | | | |
| | 受診した 医療機関等 | 名称 | | | 診療科 | |
| | | 所在地 | | | 医師名 | |
| | 受診状態 | 外来 ・ 入院 | | 受給証 | | |
| | 費用額 | 円 | 併用公費又は福祉の名称 交通事故等の第三者行為 | | 有 ・ 無 | |
| 療養費の 種別 | 補装具 ・ 一般診療（医科・歯科・調剤） ・ 特別療養費 ・ 海外療養費 ・ その他 () | | | | | |

療養の給付を受けることが
できなかった理由

| | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|
| 受取 口座 | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） <b style="color: red;">※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上に登録している方に限ります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。 | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|----|------|---------|--------------------|------------|--|--|
| 振込 | 振込先 | コード | 名称 | (フリガナ) | | |
| | 金融機関 | | 銀行 信用金庫 協同組合 | 口座 名義人名 | | |
| | 支店 | | 支店 | 口座番号 | | |
| | 口座種別 | 普通 ・ 当座 | | | | |

| | | | | | |
|-----|--|-------|--|-----|--|
| 点数 | | 総医療費 | | 支給額 | |
| 負担率 | | 一部負担額 | | | |

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状 年 月 日

国民健康保険給付費等に関する受領を下記の代理人に委任します。

| | | | | | |
|--------------------------------|----------------|-----|------|--|--|
| | 世帯主氏名 (申請者) | | | | |
| | 代理人住所 | 門真市 | | | |
| 障がい(80) ひとり親(82) こども(86) | 代理人氏名 | | 個人番号 | | |

国民健康保険療養費支給申請書

2026年4月1日

記入例

を申請します。

| | | | | | |
|---|----------|------|--------------|------|--------------|
| 支 | 申請者(世帯主) | 住所 | 門真市 中町1番1号 | | |
| | | 氏名 | 門真 太郎 | 個人番号 | 999999999999 |
| | | 電話番号 | 06-6902-1231 | | |

門真市長 様

| | | | | | | | | | |
|---------------|---------------------------------------|------------|-----------|----------------------------|-------|--------------|--|----------------------|---------------------|
| 被保険者 記号・番号 | 門国 | 99 | - | 9999 | 世帯主氏名 | 門真 太郎 | | | |
| 診療を 受けた人 | (フリガナ) | カドマ ハナコ | | | 個人番号 | 000000000000 | | 申請者 (世帯主) との続柄 | 本人・夫・妻・子 ・その他() |
| | 氏名 | 門真 花子 | | | | | | | |
| | 住所 | 門真市 中町1番1号 | | | | | | | |
| | 発症負傷日 | | 診療 期間 | 自 至 | | 診療 日数 | | 日 | |
| | 傷病名 | | 傷病の 原因 | | | 傷病の 経過 | | | |
| | 診療の内容 | | | | | | | | |
| | 受診した 医療機関等 | 名称 | | | 診療科 | | | | |
| | | 所在地 | | | 医師名 | | | | |
| | 受診状態 | 外来 | | 入院 | 受給証 | | | | |
| | 費用額 | | 円 | 併用公費又は福祉の名称 交通事故等の第三者行為 | | 有 | | | 無 |
| 療養費の 種別 | 補装具・一般診療(医科・歯科・調剤)・特別療養費・海外療養費・その他() | | | | | | | | |

療養の給付を受けることが
できなかった理由

| | | | | | | | | | | | | |
|----------|--|-------|------|--|--------------------|------------|---------|---|----|---|---|---|
| 受取 口座 | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要) ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上に登録している方に限ります。 <input checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定する。 | | | | | | | | | | | |
| 振込 | 振込先 | コード | 名称 | | (フリガナ) | | | | | | | |
| | 金融機関 | 9900 | ゆうちょ | | 銀行 信用金庫 協同組合 | 口座 名義人名 | カドマ タロウ | | | | | |
| | 支店 | 408 | 四〇八 | | 支店 | 口座番号 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| 口座種別 | 普通 | | | | | | | | 当座 | | | |
| 点数 | | 総医療費 | | | | | 支給額 | | | | | |
| 負担率 | | 一部負担額 | | | | | | | | | | |

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状

年 月 日

国民健康保険給付費等に関する受領を下記の代理人に委任します。

| | | | |
|----------------|------|--|--|
| 世帯主氏名 (申請者) | | | |
| 代理人住所 | 門真市 | | |
| 代理人氏名 | 個人番号 | | |

障がい(80)
ひとり親(82)
子ども(86)