

療養費支給申請書

記号番号	寝国	療養を受けた被保険者氏名	
世帯主との続柄		個人番号	
		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日(歳)
傷病名	別紙レセプト等のおとり	療養期間	令和 年 月 日から 療養日数 日
			令和 年 月 日まで 入院・外来
療養を取り扱った保険医療機関等の名称及び保険医等の氏名	所在地	別紙レセプト等のおとり	
	名称・氏名	別紙レセプト等のおとり	
療養に要した費用	円		
療養の給付又は特定療養費の支給を受けることができなかった理由			

上記のおと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。

なお、下記のおとり口座振替によって支払ってください。

(あて先)

寝屋川市長

令和 年 月 日

住 所 寝屋川市

氏 名 (署名)

申請者
(世帯主)

個人番号

マイナンバー(12桁)を記入してください。

電話番号 ()

「受取口座」については、下記のどちらかにチェックをしてください。(両方にチェックされた場合は、上段「振込口座」を優先します。)

振込口座を指定する (以下を記入してください)

金融機関名	支店名	貯金種目	口座番号
		普通・当座	
口座名義人(カタカナ) ※左詰めで、姓と名の間は1マスあけて記入してください。			

※口座名義については、原則申請者氏名と同一とすること。

申請者と振込先名義人が異なる場合は、裏面「委任状」をご記入ください。

※ゆうちょ銀行の支店名は数字3ケタの【店番】になります(通帳の1ページ目見開き部分をご確認ください)。

「公金受取口座」
の利用は

寝屋川市に 住民票がある 方。(死亡者を除く)

マイナンバーカードによる 事前登録がお済 の方。

公金受取口座を利用する ※申請者と同一の口座のみ

----- 以下担当者記入欄 -----

療養費支給決定額	円/(自己負担額 円)		
給付割合	一般7割・高齢7割・高齢8割・未就学児8割	レセプト確認済	<input type="checkbox"/>
給付資格	昭和・平成・令和 年 月 日から	受付印	
公費	80(重度障害)・82(ひとり親) 86(乳幼児)・無	第三者	有・無
計算担当者	① ②	入力担当者	① ②

担当

委任状

令和 年 月 日

寝屋川市長 様

<委任者(世帯主)>

住所:

氏名:(署名)

生年月日:

連絡先:

私は、下記の者を代理人と定め下記の権限を委任します。

(手続き/申請名) 国民健康保険に関する申請、請求及び受領に関する権限

<代理人(受任者)>

住所:

氏名:(署名)

生年月日:

連絡先:
