様式第 11 号（第 17 条関係）

国民健康保険療養費支給申請書

支給額　　円

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　　年　月　日

申請者（世帯主）住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　個人番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　豊後大野市長　様

被保険者記号・番号	ぶんご国			世帯主名			
診療を受けた人	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名			個人番号		申請者との続柄	
	住所						
	発病負傷日		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	入院・外来	受給証	高齢者３割・高齢者２割・未就学児			
	費用額	円	併用公費又は福祉の名称				
	審査認定額	円	交通事故等の第三者行為	有　-　無			
	療養費の種別	一般診療・補装具・柔整・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	□ 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て登録している方に限ります。 □ 振込口座を指定する。						

1:現金 2:振込	振込先	コード	名称	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 口座名義人	
	金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合		
	支店			口座番号	
	口座種別	普通・当座・その他（　）			

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。

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（世帯主）

代理人住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　個人番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿