

	負担率		法別		所得区分	
前期	1	1割	4	一般	7	課税
高齢者	2	2割	5	退本	8	低Ⅰ
65歳～69歳	3	3割	6	退扶	9	低Ⅱ

1	本人
2	家族
3	未就学
4	高齢一般
5	高齢7割

決 定 点 数	点
決 定 費 用 額	円
保 険 者 負 担	円
一 部 負 担 金	円
薬 剤 一 部 負 担 金	円

※は市側で記入します。

※療養費支給の申請 ☐ はじめて ☐ 2回目以降(該当する方にレ点を入れてください)

国民健康保険療養費支給申請書										
(令和 年 月診療分)										
被 保 険 者 記 号 番 号					療養を受けた 被保険者氏名				世 帯 主 との続柄	
受療者個人番号 (マイナンバー)						生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 令和			
特 定 疾 病	無 ・ 有				療 養 期 間	始	令和 年 月 日	日数		
第 三 者 行 為	無 ・ 有									
傷 病 名	別紙のとおり				至	令和 年 月 日				
診療、薬剤の支給又は手当てを 受けた病院、診療所、薬局 その他の者の名称及び所在地					入院 (※医療機関コード) 入院外					
診療又は調剤に従事した医師、 歯科医師、又は調剤師										
療養の給付を受けることが できなかった理由								療 養 に 要した費用		
備 考										
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										
住 所 マンション名・ 室 番 号 等										
フ リ ガ ナ 氏 名										
申請者 (世帯主)										
個 人 番 号 (マイナンバー)										
(あて先) 浜 松 市 長										
電 話 ー										

委 任 届	※世帯主以外の口座に振込依頼する場合だけ記入してください。(自署でない場合は押印してください。) 上記により支給される金額の受領を下記受任者に委任します。									
	受任者	住 所 マンション名・室番号等 フリガナ 氏 名								
		(世帯主との続柄)								
		委任者 住 所 (世帯主) マンション名・室番号等 氏 名								

世帯主(受任者)	銀行・信用金庫						本 店	当座預金
名義の預金口座	農協・労働金庫						出張所	普通預金
口座番号							口座名義 (カナ)	