

（表 面）

|      |   |                                  |     |      |   |   |   |
|------|---|----------------------------------|-----|------|---|---|---|
| 根拠法令 | 1 | 法第53条第1項（保険外併用療養費）               | 支給額 |      |   |   |   |
|      | 2 | 法第54条第1項（療養費）                    |     | 支給期間 | 自 | 年 | 月 |
|      | 3 | 法第54条の3（特別療養費）                   | 至   |      | 年 | 月 | 日 |
|      | 4 | 法第43条第3項<br>（差額～一部負担金の割合の減によるもの） | 資格  | 得    | 年 | 月 | 日 |
|      | 5 | 法第56条第2項（差額～その他）                 |     | 喪    | 年 | 月 | 日 |

国民健康保険療養費（差額）等支給申請書

|                            |        |                         |                              |                   |         |    |
|----------------------------|--------|-------------------------|------------------------------|-------------------|---------|----|
| 被保険者の<br>記号・番号             | 滝川     |                         | 療養を受けた<br>被保険者名              |                   |         |    |
| 傷病名                        |        |                         | 世帯主氏名                        | 個人番号              | 続柄      |    |
| 発病（負傷）<br>年 月 日            | 年      | 月                       | 日                            | 療養期間              | 年 月 日から | 日間 |
|                            | 年      | 月                       | 日まで                          |                   |         |    |
| 第三者行為に<br>よって負傷し<br>たものか否か | 有<br>無 | 有のときは<br>その第三者<br>の住所氏名 |                              |                   |         |    |
| 診療を受けた<br>医師<br>薬剤師の氏名     |        |                         | 病院・診療<br>所等の所在<br>地及び名称      |                   |         |    |
| 発病原因                       |        |                         | 負傷の経過                        | 治癒・死亡・転医・中止・繰越・軽快 |         |    |
| 療養内容                       |        |                         | 療養の給付を受<br>けることができ<br>なかった理由 |                   |         |    |
| 療養に要し<br>た費用               |        |                         | 被保険者が支払<br>った治療費             |                   |         |    |

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。

年 月 日  
住 所  
氏 名  
個人番号

滝川市長様 (Tel - )

|       |                 |  |       |
|-------|-----------------|--|-------|
| 支払方法  | 現金<br>・<br>口座振込 | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する方は口座情報の記入不要）<br><small>公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出が不要になります。</small> |       |
|       |                 | <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する   |       |
|       |                 | 銀行・信金・信組<br>労金・農協 本・支店   |       |
|       |                 | 口座種類   | 普・当・貯 |
|       |                 | 口座番号   | No.   |
| 口座名義人 | カナ<br>-----     |  |       |

※振込先が世帯主名義の口座でない場合は、裏面の委任状に記入・押印が必要です。（委任状 あり・なし）

(裏面)

## 委任状

私は、住所 \_\_\_\_\_ を代理人と定め、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日付けで  
氏名 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_ )

申請した滝川市国民健康保険の療養費(差額)等の受領に係る権限を委任します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

委任者(世帯主) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)