

## 別記様式第15号（第21条関係）

整理番号		決 裁 处 理			
資 格 確 認	取 得	年 月 日	1 支 給 す る	支 給 金 額	円
				支 給 期 間	年 月 日 か ら 年 月 日 ま で ( 日 間)
	喪 失	年 月 日		(支 給 し な い 理 由)	
	証 付 付	年 月 日	2 支 給 し な い	費 用 額	円
摘要				一部負担金	円
				支 給 額	円
				国 保 審 査 委 員 印	年 月

## 國民健康保險療養費支給申請書

( 年 月 診 療 分 )

被保険者証 記号・番号	木津川	療養を受けた 被保険者の氏 名、生年月日	年　月　日	男・女	世帯主との 続柄		
個人番号							
傷病名							
発病又は負傷の原因							
療養を受けた病院、診 療所、薬局等の名称及 び所在地		名称	振 込 先 口 座	銀行			店
		所在地		信用金庫			
診療又は調剤に従事し た医師、歯科医師又は 薬剤師の氏名			普通 当座 その他 ( )	農協			
				フリガナ			
				名義人			
療養を受けた期間		入院 外来	年　月　日から 年　月　日まで 日間	療養に要した 費　用	円		
				傷病の経過			
療養の給付を受けることが できなかった（被保険者証 が使えなかった）理由							
上記のとおり申請します。							
木津川市長様		年　月　日	住　所	木津川市-----			
世帯主 氏　名 -----印							
電　話　　自　宅　　――							
連絡先　　――							
個人番号							
委 任 の 欄	この欄は、給付金の 受領を第三者に委任 する場合のみ記入し てください。	上記療養費の受領を（ 年　月　日）に委任します。					
世帯主　氏　名							