

別記様式第13号(第19条関係)

整理番号		年月日	決 裁 処 理			第三者行為の有無	
資格確認	取 得		1 支給する	支給金額	円	有・無	
	喪 失	年月日		支給期間	年月日から 年月日まで (日間)	一般	
	交 付	年月日	2 支給しない	(支給しない理由)		退職	割
	摘要					費用額	円
						一部負担金	円
						支給額	円
						国保審査委員印	年月

国民健康保険療養費支給申請書

(年月診療分)

被保険者 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					銀行 信用金庫 農協				
	所在地									
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 ()	フリガナ								
		口座番号	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						
療養の給付を受けること ができなかった(資格確 認書等が使えなかった) 理由				傷病の経過						
上記のとおり申請します。 木津川市長 宛て 年月日 住 所 木津川市										
世帯主 氏名 _____ 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								