

整理番号			決 裁 処 理			第三者行為の有無	
資 格 確 認	取 得	年 月 日	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
	退職		割				
	交 付		年 月 日			2 支 給 し な い	(支給しない理由)
		一部負担金		円			
支 給 額		円					
摘 要					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		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 信用金庫 農 協 店		
	所在地			普通	フリガナ	
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				名 義 人		
				口 座 番 号		
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（ ）に委任します。 年 月 日 世帯主 氏 名			