

別記様式第15号 (第21条関係)

整理番号		決 裁 処 理					
資 格 確 認	取 得	年 月 日	1 支給する	支給金額	円	一般	割
	喪 失	年 月 日		支給期間	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)	退職	割
	証交付	年 月 日	2 支給しない	(支給しない理由)		費用額	円
						一部負担金	円
摘 要						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	男・女	世帯主との 続柄	
個人番号			年 月 日		
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	
	所在地			信用金庫 店	
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	フリガナ	
			当座	名義人	
			その他	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(被保険者証 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 様 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 <input type="text"/>					
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 ㊟				