

別記様式第13号(第19条関係)

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		
	喪 失	年 月 日		支給 期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)	一般	割
	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 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 当座 その他 ()	フリガナ 名 義 人		
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				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			
<p>上記のとおり申請します。 木津川市長 宛て 年 月 日</p> <p>住 所 木津川市</p> <p>世帯主 氏 名</p> <p>電 話 自 宅 — — 連絡先 — —</p> <p>個人番号</p>							
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。	<p>上記療養費の受領を () に委任します。 年 月 日</p> <p>世帯主 氏 名</p>					