第１０号様式（第２３条関係）

国民健康保険療養費支給申請書

（　　　年　　　月診療分）

年　　　月　　　日

（宛先）津市長

（〒　　　　　　　　）

住　　所

世帯主　　氏　　名

個人番号

電　　話

次のとおり療養費の支給申請をします。なお、支給決定額については、次の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号 | | | |  | | | | | | | | | |
| 療養を受けた被保険者の氏名（生年月日） | | | | （　　　　年　　　月　　　日） | | | | | 世帯主との続柄 | | |  | |
| 個人番号 | | | |  | | | | | | | | | |
| 資格区分 | | 一般・退職本人・退職扶養 | | | | | 手当又は診療薬剤の支給を受けた病院、診療所、薬局その他のものの名称及び所在地 | | |  | | | |
| 70歳以上一般・70歳以上一定以上・未就学児 | | | | |
| 傷病名 | | |  | | | |
| 発病・負傷年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 発病の原因 | | |  | | | |
| 傷病の経過 | | |  | | | | 医師、歯科医師又は薬剤師の氏名 | | |  | | | |
| 療養の内容 | | |  | | | |
| 傷病に要した費用の額 | | | 円 | | | | 療養の給付を受けることができなかった理由 | | |  | | | |
| 療養期間 | | | 年　　月　　日から | | | 日間 |
| 年　　月　　日まで | | |
| 備考 | | |  | | | | | | | | | | |
| 支払方法 | １　口座振込  ２　小切手 | | 銀　　行  農　　協  金　　庫 | | | | | 本　店  支　店  出張所 | | | | | 普 通  当 座  貯 蓄 |
| 口座番号 | |  | | | 口座名義人  （カタカナにて記入） | | |  | | |
| ＊　世帯主以外の方の預金口座を御利用される方は、次の委任状に御記入ください。  委　　　　任　　　　状  上記申請の療養費の受領を上記口座名義人に委任します。  年　　月　　日  住所  世帯主  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 審査決定額 | 一部負担金 | 差引支給額 |
| 円 | 円 | 円 |

※　委任状の欄の世帯主の氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。

|  |  |
| --- | --- |
| 受  　付 |  |