

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		医師、歯科医師又は薬剤師の氏名								
発病・負傷年月日								年 月 日		
発病の原因										
傷病の経過		療養の内容						療養の給付を受けることができなかった理由		
療養の内容										
傷病に要した費用の額		円								
療養期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間								
備考										
支払方法	1 口座振込		銀行 本店普通 農協 支店当座 金庫 出張所貯蓄							
	2 小切手		口座番号	口座名義人 (カタカナにて記入)						
<p>* 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。</p> <p style="text-align: center;">委 任 状</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 世帯主 氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>										

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	
----	--