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。

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | 70歳以上一般・70歳以上一定以上・未就学児 | 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 |  |
| 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 |  |