

様式第10号 (第22条関係)

決定欄	給付割合	公 費	費用額	円
	7割	有		
	8割	無	支給決定額	円
第三者行為の有無			有 ・ 無	

国民健康保険療養費支給申請書 (年 月分)				
被保険者 記号・番号	綾 -	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				
傷病名	発病・負傷年月日		年 月 日	
診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局・その他のものの名称及び所在地				
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				
療養を受けた 期間	年 月 日から 年 月 日まで		療養に要した 費用	
	日間		発病の原因	
療養の給付 を受けるこ とができな かった理由			傷病の経過	
			療養の内容	
上記のとおり申請します。 年 月 日 綾部市長 様		振込先	京都銀行 支店 (預金種目) 普通・当座 (口座番号)	
			京都北都信用金庫 支店	
			京都丹の国農協 支店 (フリガナ) (名義人)	
		世帯主 住 所 綾部市		
		ふりがな		
		氏 名		
		電話番号		
		個人番号		
委任の 欄	この欄は給付金の受領を人に頼むときだけ記入してください。	上記の療養費の受領を 年 月 日 に委任します。 世帯主氏名 (印)		