

決定欄	給付割合	公費	支給決定額	円
	8割	無		円
第三者行為の有無			有	無

受診理由が、第三者行為による場合(交通事故等)は「有」、それ以外の場合(ご病気等)は「無」に○をしてください。

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 1234 - 56789	療養を受けた 被保険者の 氏名・生年月日	綾部 花子		世帯主 との 続柄
個人番号	112233445566		年 月 日		妻
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		療養に要した 費用		
	年 月 日まで		発病の原因		
療養の給付 を受けた ことが あった理由	年 月 日から		傷病の経過		
	年 月 日まで		療養の内容		

下記以外の金融機関で受領する場合は、空欄にご記入ください。

上記のとおり申請します。 令和〇年 〇月〇〇日 綾部市長 様	振	京都銀行	〇〇	支店	(預金種目) 普通	当座
	込	京都北都信用金庫		支店	(口座番号)	XXXXXXXX
	先	京都丹の国農協		支店	(フリガナ)	アヤベ タロウ
					(名義人)	綾部 太郎

世帯主についてご記入ください。

世帯主 住 所 綾部市 〇〇町〇〇番地

ふりがな あやべ たろう

氏 名 綾部 太郎

電話番号 0773-△△-××××

個人番号 000000000000

世帯主以外の方が受領する場合はご記入ください。

押印をお願いします。(ゴム印不可)

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)
------	------------------------------	--------------------------------	-------	-----