

記入例

決定欄	保険種類	給付割合	公費		
	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。				円
	退職扶養	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 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 続柄	妻
個人番号	112233445566		昭和〇〇年〇月〇日		
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 日間	療養に要した 費用			
		発病の原因			
療養の給付 を受けた 場合 なかった理由	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	傷病の経過			
		療養の内容			
上記のとおり申請します。		振 込 先	京都銀行 〇〇 支店	(預金種目) 普通・当座	
令和〇年 〇月〇〇日			京都北都信用金庫 支店	(口座番号)	XXXXXXXX
綾部市長 様			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			
世帯主以外の方が 受領する場合は ご記入ください。		氏 名 綾部 太郎			
		電話番号 0773-△△-XXXX			
		個人番号 000000000000			
委任 の 欄	この欄は給付金 の受領を委任す る場合のみ記入 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)			