

決定欄	保険種類	給付割合	公費			円
	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。					
	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 との 続柄	妻
個人番号	112233445566				

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 を受けた 場合、空欄にご記入ください。	傷病の経過
	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 込 先	京都銀行 〇〇 支店	(預金種目) 普通・当座 (口座番号) XXXXXXXX
	京都北都信用金庫 支店	
	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

押印をお願いします。
(ゴム印不可)

世帯主以外の方が
受領する場合は
ご記入ください。

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