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 年　月　日まで	日間			
備考					
支払方法	1　口座振込	銀行 農協 金庫	本店 支店 出張所	普通 当座 貯蓄	
	2　小切手	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	