

支給決定	理事長	事務長	給付		支給金額	円	決定点数	点	
								費用額	円
	決裁				支給期間		他方優先	円	
資格確認	取得	・	・	○一般 ○前高8割 指定公費あり ○前高8割 指定公費なし	摘要	一般診療費		円	
	喪失	・	・	○前高8割 ○前高7割 ○未就学院 ○特定 ○65歳以上		第三者行為 該当の有無	あり・なし	他方優先	円
	証交付	・	・			第三者照会 No.	—	被保険者負担	円

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号・番号	食 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	患者の 氏名 生年月日 個人番号	昭・平・令 年 月 日 生	組合員 との 続柄	
傷病名			発病又は負傷 年 月 日	令和 年 月 日	
発病又は負傷の原因					
療養を受けた病院 医院・診療所 薬局その他	名称				
	所在地				
	担当者				
療養を受けた期間	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日	日間	療養に要した費用	円	
被保険者証が 使えなかった理由	証不携帯 ※理由書別添				
<p>上記のとおり、申請します。</p> <p>支給については、別添の依頼書に記載した金融機関に振り込んでください。依頼書の記入内容に誤りがあり振込ができず、再振込となった際の振込手数料については、申請者が負担することに異議ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 円 -</p> <p style="text-align: center;">住所 _____</p> <p style="text-align: center;">組合員 _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____ (印)</p> <p style="text-align: center;">個人番号 _____</p> <p style="text-align: center;">電話 () 番</p> <p style="text-align: center;">京都市食品衛生国民健康保険組合理事長 殿</p>					

※ 申請には、明細のある領収書及び別紙理由書を添付してください。
 個人番号欄に記入されたときは、個人番号確認及び本人確認の書類の添付が必要です。
 死亡者の個人番号の記載は必要ありません。

領収書	上記の支給金額を領収しました。 令和 年 月 日 氏名 _____ (印)
-----	---

捨印
 ↑
 必ず押印してください
 ←

