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 国保優先	円
							他方優先	円
資格確認	取得 ・ ・		○一般		摘要		被保険者負担	円
	喪失 ・ ・		○前高8割 ○前高7割 ○未就学児	指定公費あり				
	証交付 ・ ・		○前高8割 ○特定	指定公費なし ○65歳以上		第三者照会 No. －		

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証記号番号・枝番	食	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・診療所等	名称				
	所在地				
治療用装具を作成した製作所等	名称				
	所在地				
装具を装着した日	令和 年 月 日装着	療養に要した費用（装具代金）	円		
装具採型日	※ 令和 年 月 日 ・ 無	被保険者証が使えなかった理由	治療用装具作成のため		

上記のとおり、申請します。

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。

令和 年 月 日

〒 －

住所

組合員 氏名 印

個人番号

電話 （ ） 番

京都市食品衛生国民健康保険組合理事長 殿

捨印 ↑ 必ず押印してください

① 申請には、領収書・医師の意見書及び装具装着証明書・仕様書（いずれも原本）を添付してください。
② 上記太枠内の印鑑欄に必ず押印してください。
③ 上記太枠内の※欄は記入しないでください。
④ 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 ㊞