

決	理事長	専務理事	事務長	事務次長	主任	会計	給付	資格	受 付
裁	下記の金額を支給決定してよろしいか 金 円也								

\*太枠の中をご記入ください。

療 養 費 支 給 申 請 書			
被 保 険 者 証 記 号 番 号	衣 一	資 格 取 得 日	昭 平 令 年 月 日
療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名		生 年 月 日	昭 平 令 年 月 日
上 記 の 者 の 被 保 険 者 区 分	一 号 世 帯 主 ・ 二 号 世 帯 主 ・ 三 号 世 帯 主 家 族 ・ 家 族 ・ 家 族		世 帯 主 と の 続 柄
傷 病 名		発 病 ・ 負 傷 年 月 日	年 月 日
発 病 ( 負 傷 ) の 原 因			
療 養 期 間	自 令 和 年 月 日 から 至 令 和 年 月 日 まで 日間		
療 養 に 要 し た 費 用	現 物 給 付 を 受 け る こ と の で き な か っ た 理 由		
病 院 ・ 診 療 所 の 所 在 地 名 称 及 び 療 養 担 当 者 氏 名			
上 記 の 通 り 別 紙 領 収 書 等 を 添 え て 申 請 し ま す 令和 年 月 日 世 帯 主 氏 名 _____ 申 請 人 住 所 _____ 氏 名 _____ (印) 京 都 府 衣 料 国 民 健 康 保 険 組 合 理 事 長 殿			

振込先は 原則として世帯主の預金口座とさせていただきますので ご了承ください。

下 記 口 座 へ 振 込 み を お 願 い し ま す 世 帯 主 氏 名 _____ (印)			
* 保 険 料 引 落 口 座 以 外 に 振 込 み を ご 希 望 さ れ る 場 合 は 、 下 記 を ご 記 入 く だ さ い 。			
振 込 銀 行 名	銀 行 信 用 金 庫	支 店 名	本 店 支 店
口 座 番 号	普 通 当 座	フリガナ 口 座 名 義	

決 裁	理事長	専務理事	事務長	事務次長	主任	会計	給付	資格	受 付
	見 本								
下記の金額を支給決定してよろしいか 金 円也									

\*太枠の中をご記入ください。

## 療 養 費 支 給 申 請 書

被保険者証記号番号		衣 123 - 4567860		資格 取得日	昭 平 令 1年 4月 1日
療 養 者 関 係 事 項	療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名	衣料 太郎		生 年 月 日	昭 平 令 55年 8月 1日
	上記の者の被保険者区分	一号世帯主 ・ 二号世帯主 ・ 三号世帯主 家 族 ・ 家 族 ・ 家 族			世帯主との続柄 本 人
	傷 病 名	意見書・同意書に記載されている 病名を記入してください		発病・負傷 年月日	R1年 12月 5日
	発 病 (負 傷) の 原 因	いつ (日時) ・ どこで ・ 相手がいるのか、どういう状況で発病 (負傷) した のか、なるべく詳しく記入してください。 ※不詳や不明、記入不足、事故 (第三者行為) などの場合は申請できない場合もあります。			
	療 養 期 間	自 令和 年 月 日から 至 令和 年 月 日まで 日間			
	療 養 に 要 し た 費 用	現物給付を受けることのできなかつた理由			
病院・診療所の所在地 名称及び療養担当者氏名		意見書・同意書に記載されているとおりに記入してください。			

上記の通り別紙領収書等を添えて申請します

令和 1 年 12 月 2 日

世帯主氏名 衣料 太郎

申請人住所 京都市中京区室町通御池下る円福寺町 342 番 3

氏 名 衣料 太郎

京都府衣料国民健康保険組合 理事長 殿

印

押印

**振込先は 原則として世帯主の預金口座とさせていただきますので ご了承ください。**

下記口座へ振込みをお願いします

世帯主氏名 衣料 太郎 印

\*保険料引落口座以外に振込みをご希望される場合は、下記をご記入ください。

振込銀行名	銀 行 信用金庫	支 店 名	本 店 支 店
口 座 番 号	普 通 当 座	フリガナ	
		口座名義	