

受付印	装具・医療
	受付者

<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職 () 公費: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	円
査定金額	
一部負担金	
支給金額	円

国 民 健 康 保 険 療 養 費 支 給 申 請 書

(申請先) 茨木市長

下記のとおり、療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。
振込先の口座名義人が申請者(世帯主)と異なる場合には、下記口座名義人を代理人とし、
下記指定口座への振込をもって茨木市からの支払金を受領と認めます。

申請者 住所
(世帯主) 氏名 (世帯主)

年 月 日

電話番号

被保険者証 記号 番号	茨国		
療養を受けた 被保険者 氏名			生年 月 日
傷病名			
療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間		
交通事故等の第三者行為	有・無	装具等装着指示日	年 月 日
診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地			
医療機関名		医師又は、薬剤師の氏名	
所在地			
傷病の原因			
傷病の経過	療養の内容	療養に要した費用 円	
備考 :			

口 座 振 替 依 頼 先

金融機関名	支店名	種目
銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店	普通(総合) <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/>
		口座番号
	
口座名義人	フリガナ	
	名義人	
	整理番号	

* 年 月末日支払予定