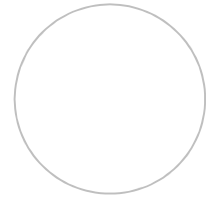


受 付 印

一般	8割	退職	8割	70歳以上	9割	保険料	係員
	7割		7割		8割		
					7割		
福祉医療			老・障・親・子				



国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号・番号	亀	療養を受けた 被保険者の 氏名・個人番号 ・生年月日	氏名	
			個人番号	
	生年月日		年 月 日	
傷 病 名		発病又は負傷 年 月 日	年 月 日	
発病又は負傷の原因				
療養を受けた 保険医療機関等の 名称及び所在地	名 称			
	所 在 地			
診療又は調剤に従事 した医師、歯科医師 又は薬剤師の氏名				
療養を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	療養に要した 費 用	円	
療養の給付を受ける ことができなかった (被保険者証が使用 できなかった)理由	傷病の経過			
上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住 所 亀岡市 氏 名 ㊟ 個人番号 電話() - (あて先) 亀 岡 市 長				

委任の欄	この欄は給付金の受領を人に頼むときだけ記入してください。	上記療養費の受領を ()に委任します。 年 月 日 世帯主 氏名 ㊟
------	------------------------------	--

振 込 先	(フリガナ) 口 座 名 義	口 座 番 号					
		普通					
支店		当座					