

受 付 印	装 具 ・ 医 療
	受 付 者

□一般 □退職 () 公費：□なし □あり ()

査 定 金 額	円
一 部 負 担 金	円
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	年 月 日生	
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) 当座
		口 座 番 号
	
口 座 名 義 人	フリガナ	
	名 義 人	
※ 年 月 日 支 払 予 定		整理番号