

# 国民健康保険療養費支給申請書

|          |                 |   |   |        |         |  |                           |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|-----------------|---|---|--------|---------|--|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 受付日      | 年               | 月 | 日 |        | 保険者名    | 葛城市  |                           |  |  |  |  |  |  |  |
| 決定日      | 年               | 月 | 日 |        | 個人番号    |  |                           |  |  |  |  |  |  |  |
| 保険者番号    |                 |   |   | 290106 | 療養を受け名た | 被保険者氏名   |                           |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者番号   |                 |   |   |        |         |  |                           |  |  |  |  |  |  |  |
| 診療年月     | 年 月             |   |   |        |         |  |                           |  |  |  |  |  |  |  |
| 診療日数     |                 |   | 日 |        |         | 生年月日   | 1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |
| 制 度      | 1.国保 2.退職       |   |   |        | 性 別     | 1.男 2.女  |                           |  |  |  |  |  |  |  |
| 受療期間     |                 |   |   |        | 本人 家族   | 1.本人入院 2.本人外来 3.6歳未満入院<br>4.6歳未満外来 5.家族入院 6.家族外来<br>7.高齢9割入院 8.高齢9割外来 9.高齢7割入院 |                           |  |  |  |  |  |  |  |
| 年 月 日 から |                 |   |   |        |         |  |                           |  |  |  |  |  |  |  |
| 年 月 日 まで |                 |   |   |        |         |  |                           |  |  |  |  |  |  |  |
| 所得区分     | 1.低Ⅰ 2.低Ⅱ 3.3月超 |   |   |        |         |  |                           |  |  |  |  |  |  |  |

|  |         |   |         |                        |  |  |  |  |  |  |
|--|---------|---|---------|------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 種類   | 海外療養費区分 | 1 | 第三者等の有無 | 1.業務上 2.第三者行為である 3.その他 |  |  |  |  |  |  |
| 1.診療費 2.補装具 3.柔整 4.あんま・マッサージ 5.はり・灸 6.移送 7.その他 8.標準負担額 |         |   |         |                        |  |  |  |  |  |  |

|                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 傷 病 名                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医 療 機 関 コ ー ド                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診 療 を 受 け た 医 療 機 関 等 の 所 在 地   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診 療 を 受 け た 医 療 機 関 名 及 び 施 術 師 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支 給 申 請 を し た 理 由               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 発 病 又 は 負 傷 の 理 由               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|           |   |               |   |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|---|---------------|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 療養に要した費用額 | 円 | 食 事 回 数       | 円 |  |  |  |  |  |  |  |
| 審 査 認 定 額 | 円 | 療養に要した費用額     | 円 |  |  |  |  |  |  |  |
| 一 部 負 担 金 | 円 | 食 事 標 準 負 担 額 | 円 |  |  |  |  |  |  |  |
| 支 給 金 額   | 円 |               |   |  |  |  |  |  |  |  |

※金融機関の口座番号を左詰で記載してください

|                          |     |                         |                 |                       |                  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------|-----|-------------------------|-----------------|-----------------------|------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | 振 込 | 銀行<br>信用組合<br>信用組<br>農協 | 本店<br>支店<br>出張所 | 1.普通<br>2.当座<br>3.その他 | 口座番号             |  |  |  |  |  |  |  |
|                          |     |                         |                 |                       | 口 座 名 義 人 (カタカナ) |  |  |  |  |  |  |  |
|                          |     |                         |                 |                       |                  |  |  |  |  |  |  |  |

|                          |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | 現 金 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

葛城市長 様

申請者

住 所 奈良県葛城市

世帯主名

(印)

届出人名

(印)

連絡先

受付者