

国民健康保険療養費支給申請書							受付	確認					
受付日		年	月	日	決定日		年	月	日	保険者名		大和郡山市	
保険者番号				た療養のを受け氏名	被保険者氏名								
被保険者番号					生年月日								
診療年月	日				性別								
診療日数	度			1. 国保 2. 退職 3. 老人									
療養期間				本人	1. 本人入院		2. 本人外来		3. 6歳未満入院				
年 月 日 から					家族	4. 6歳未満外来		5. 家族入院		6. 家族外来			
年 月 日 まで				7. 高齢9割入院		8. 高齢9割外来							
所得区分	1. 低所得Ⅰ 2. 低所得Ⅱ 3. 3月超			9. 高齢7割入院		0. 高齢7割外来							
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 7. 移送 8. その他 9. 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又は施術師													
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								
審査認定額※1				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									
口座振替		銀行		本店		1. 普通		口座番号( )					
(銀行・支店コード)		( )		( )		2. 当座		フリカ、ナ					
		農協		支店		3. その他		名 義( )					
		信用金庫						(世帯主に限る)					
<p>上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。                  なお、この申請に関して課税台帳及びその他課税資料を確認することに同意します。</p> <p>年 月 日 大和郡山市長 様</p> <p>世帯主 住所 _____ 届出人 氏名 _____ 氏名 _____ 印</p> <p>電話 _____ 電話 _____</p>													
備考													