

福祉医療	無・有・精神	第三者	無・有	未納	無・有	受付	
------	--------	-----	-----	----	-----	----	--

国民健康保険 療養費支給申請書

受付日	令和	年	月	日	保 險 者 名	桜 井 市
決定日	令和	年	月	日		

保 險 者 番 号			2	9	0	0	6	4	療 養 を 受 け た 被 保 険 者	氏 名	
被 保 険 者 番 号	/	0								個 人 番 号	
診 療 年 月	年 月									生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
診 療 日 数			日								

療 養 期 間	本 人 家 族	1. 本人入院	2. 本人外来
年 月 日 から		3. 未就学者入院	4. 未就学者外来
年 月 日 まで		5. 家族入院	6. 家族外来
所 得 区 分		7. 高齢者8割入院	8. 高齢者8割外来
種 類		9. 高齢者7割入院	0. 高齢者7割外来

1. 診療費 2. 補装具 3. 柔整 4. あんま・マッサージ 5. はり・きゅう 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 医療機関又は施術師名	
支給申請をした理由	
発症又は負傷の理由	

療 養 に 要 し た 費 用 額		円	食 事 回 数		回	
審 査 認 定 額		円	食 事 療 養 に 要 し た 費 用 額			円
一 部 負 担 金		円	標 準 負 担 額			円
支 給 金 額		円	食 事 療 養 費 支 給 金 額			円

振 込 先	※振込先は原則世帯主名義の口座となります。						支 給 金 額 合 計					
	銀 行		本 店		1. 普 通 2. 当 座 9. その他	口 座 番 号 (右 詰 め)						
	信 用 金 庫		支 店			口 座 名 義 人 (カタカナで記入)						
	信 用 組 合		出 張 所									
	農 協											

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。

令和 年 月 日
桜井市長 様 住 所 桜井市

氏 名
世帯主 個人番号
電話番号

※ 上記太枠内に必要事項をご記入ください。
※ 2年の時効を経過すると申請できなくなりますのでご注意ください。