

電 算 入 力 欄	異 動 理 由	支 給 区 分	個人コード				診療開始日			診療終了日			ペ ー ジ	入 力 月	療 養 の 種 別	区 分	費 用 額	委 任	支 払 方 法	銀 行 コ ー ド	支 店 コ ー ド	預 金 の 種 別	口 座 番 号	委 任 払 い コ ー ド										
			住 民 コ ー ド				年	月	日	年	月	日																						
			1	2	3	4	11	12	13	14	15	16													17	18	19	20	21	22	23	24	26	27

国民健康保険療養費支給申請書

															保険者名			奈良市		
保険者番号		290015				療 養 を 受 け た 氏 名	被保険者氏名													
被保険者番号		奈良 -					生年月日			昭和・平成・令和 年 月 日										
診療年月		年 月					性 別			1. 男 2. 女										
診療日数		日					制 度			1. 国保 2. 退職										
療 養 期 間		年 月 日 から				本 人 家 族	1. 本人入院 2. 本人外来 3. 6歳未満入院 4. 6歳未満外来 5. 家族入院 6. 家族外来 7. 高齢9割入院 8. 高齢9割外来 9. 高齢7割入院 0. 高齢7割外来													
		年 月 日 まで																		
所得区分		1. 低所得Ⅰ 2. 低所得Ⅱ 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 7. 移送 8. その他 9. 標準負担額																				
傷 病 名																				
医 療 機 関 コ ー ド																				
療 養 を 受 け た 医 療 機 関 等 の 所 在 地																				
療 養 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						回							
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														
世 帯 主 口 座	銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 協				本 店 支 店 出 張 所				1. 普 通 2. 当 座 9. そ の 他				口 座 番 号							
	世 帯 主 氏 名 (カ タ カ ナ)																			

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

(あて先) 奈良市長

住 所

世帯主氏名

連絡先(TEL)