

## 国民健康保険療養費支給申請書

受付日	年	月	日	保険者名	明日香村									
決定日	年	月	日											
保険者番号	2	9	0	6	8	4	者診療 の 受 け 名 た	被保険者氏名						
被保険者記号番号	奈	2	7					個人番号						
診療年月	年		月					生年月日	昭和	平成	令和	年	月	日
診療日数	日													
制 度	1. 国保		2. 退職					性 別	男 女					
療 養 期 間				本 人 家 族	1. 本人		2. 家族		入 院 外 来	1. 入院				
年 月 日 ~ 年 月 日					3. 未就業者					2. 入院外				
所得区分	1. 低所得Ⅰ		2. 低所得Ⅱ		3. 3月超		4. 高齢者8割（9割）							
種 類	海外療養費区分		1		5. 高齢者7割									
傷病の原因 確 認	交通事故やけんかなど第三者行為によるもの			いいえ・はい		←「はい」の場合は「第三者の行為による被害届」を提出すること								
	通勤途中または仕事上の原因によるもの			いいえ・はい										
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									
一 部 負 担 金				円	食 事 標 準 負 担 額									
支 給 金 額				円										
口座番号と口座名義人を左詰で記入してください。														
振 込 先	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				口 座 名 義 人 (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。														
令和 年 月 日														
明日香村長 様														
世帯主 住 所														
氏 名 印														
連絡先														

※ 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、お早めにご申請ください。