

国民健康保険療養費支給申請書

療養年月	年	月	分
------	---	---	---

区 分	1 社・国 4 退職	1 単独 2 2併 3 3併	1 本入 2 本外 3 六入 4 六外	5 家入 6 家外	7 高入一 8 高外一 9 高入7 0 高外7
--------	---------------	----------------------	------------------------------	--------------	----------------------------------

公費負担者番号				保 険 者 番 号																		
受 給 者 番 号				被 保 険 者 号 記 号 番 号																		
療養を受けた 被 保 険 者		氏 名		年 月 日 生																		
		個人番号		男・女		続 柄																
※ 傷 病 名		※ 発病又は負傷 年 月 日		年 月 日																		
※ 療 養 期 間 (必ずご記入ください)		年 月 日から 年 月 日まで (日間)		※ 療養に要した 費 用		療養の給付 円																
※ 診 療 ・ 薬 剤 の 支 給 又 は 手 当 を 受 け た 病 院 ・ 診 療 所 ・ 薬 局 等		所 在 地 名称及び医師又 は薬剤師氏名		食 事 療 養 費 円																		
※ 発 病 の 原 因 診 療 の 内 容 及 び 傷 病 の 経 過		1 第三者行為 2 業務上の事故 3 その他																				
療養の給付を 受けることがで きなかつた理由																						
種別区分	1		2		3		4		5		7		8		99		88					
	1 医	3 歯	4 調	1 海外療養費	補装具	柔道	マッサージ	ハリ・ キュウ	移送	その他	特別療 養費	保険者 間調整										
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙(裏面)証拠書類を添えて申請します。																						
年 月 日				住所																	
長 殿				申請者 (世帯主)				氏名														
								個人 番号														
								電話 () -														
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します (利用する場合は口座情報の記入不要) <input type="checkbox"/> この支払金は下記の預金口座へ振り込み願います。																						
銀行				店				預金種目				1. 普通預金 口座番号									
信用金庫												2. 当座預金										
信用組合				支所								3. 名義人									
農 協																						

(決定欄は、保険者において必ずご記入ください。)

決 定	件 数	日 数	点 数	費用額	支給額(保険者分)	被保険者等負担分	薬剤負担	その他負担
	(食事療養費)							

(裏面)

氏名				男女	年生			1社・国 4退職	1単独 22併 33併	1本入 2本外 3六入 4六外	5家入 6家外	7高入一 8高外一 9高入7 0高外7	世帯主		
傷病名	(1) (2) (3)	診療 開始日	(1) (2) (3)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	実 日 数	日	転 帰			治 炒	死 亡	中 止	その他
年 月 分 請 求 明 細 書	⑪ 初診	時間外・休日・深夜	回	公費点数											
	⑫ 再診	再診	×	回											
		外来管理加算	×	回											
		時間外	×	回											
		休日深夜	×	回											
	⑬ 指導														
	⑭ 在宅	往診	×	回											
		夜間	×	回											
		深夜・緊急	×	回											
		在宅患者訪問診察	×	回											
		その他	×	回											
	⑯ 投薬	⑰ 内服	薬剤調剤	×	単位										
		⑱ 外用	薬剤調剤	×	単位										
⑲ 処方		×	回												
⑳ 麻毒		×	回												
㉑ 調基															
㉒ 注射		㉓ 皮下筋肉内			回										
		㉔ 静脈内			回										
	㉕ その他			回											
㉖ 処置	薬剤			回											
㉗ 手術	麻酔	薬剤			回										
㉘ 検査	薬剤			回											
㉙ 画像診断	薬剤			回											
㉚ その他	処方せん			回											
	薬剤			回											
㉛ 入院	入院年月日			年	月	日									
	病診	㉜ 入院基本料・加算	点												
		×	日間												
		×	日間												
		×	日間												
㉝ 特定入院料・その他															
㉞ 高額療養費	点	※公費負担点数	点	※公費負担点数	点										
㉟ 食事	基準	円×	日間	今回入院年月日		年	月	日							
	減・免・猶・I・II・3月超	円×	日間												
	円×	日間													
療養の給付	請求点	※決定点	負担金額	円	保	日	請求	円	※決定	円	(標準負担額)	円			
	点	点	減額	割(円)免除・支払猶予	保	日	円	円	円	円	円	円			
	点	点	円	円	保	日	円	円	円	円	円	円			
上記のとおり領収致しました。															
年 月 日										住所 医 師 氏名					