

決定 伺	市町村長	課長	課長補佐	主幹	主査	係

支給年月日
平成 年 月 日

承認 不承認 (不承認の場合、その理由)

# 国民健康保険療養費支給申請書

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 8 高外 9 高入7 0 高外7

療養年月 平成 年 月 分 **第三者** **有・無**

公費負担者番号		保険者番号	3 3 0 0 9 2
受給者番号		被保険者証の 記号番号	岡9
療養を受けた 被保険者	氏名	昭・平 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)	平成 年 月 日から	※ 療養に要した 費用	療養の給付 円
	平成 年 月 日まで ( 日間 )		食事療養費 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		
※発病の原因 診療の内容 及び傷病の経過			
療養の給付を 受けることがで きなかった理由			

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

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。

平成 年 月 日

住所

申請者  
氏名  
(世帯主)

高 梁 市 長 殿

個人  
番号

電話

( )

-

この支払金は下記の預金口座へ振り込み願います。

銀行  
信用金庫

本店

農協

支店

預  
金  
種  
目

1. 普通預金 口座番号 .....
2. 当座預金 名義人 .....
3. (カタカナ) .....

(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)					

氏名				男女	昭和 平成	年生	1社・国 4退職	1単独 2併 3併	1本入 2本外 3六入 4六外	5家人 6家外	7高入 8高外 9高入 0高外	7 7	世帯主	
傷病名	(1) (2) (3)	診療 開始日	(1) (2) (3)	年 年 年	月 月 月	日 日 日	実 日 数	日	転 帰			その他		
									治 ゆ	死 亡	中 止		世 結 精	
平成 年 月 分 請 求 明 細 書	⑪ 初診	時間外・休日・深夜	回	公費分点数										
	⑫ 再診	再 外 来 時 休 深	診 間 加 算 外 日 夜	× × × ×	回 回 回 回									
	⑬ 指導													
	⑭ 在宅	往 夜 深 在 宅	診 間 急 診 他 診	回 回 回 回										
	⑳ 投薬	㉑ 内服	{ 薬 調 劑 調	×	単 回 位									
		㉒ 屯服				{ 薬 調 劑 調	× × ×	単 回 位 位						
		㉓ 外用	{ 方 毒 基	× × ×	回 回 回 回									
		㉕ 処麻調												
		㉖ 処麻調												
		㉗ 処麻調												
	⑳ 注射	㉘ 皮下	{ 肉 筋 内 他	回 回 回										
		㉙ 筋内												
㉚ 肉内														
④④ 処置	薬	劑	回 回											
⑤⑤ 手術 麻酔	薬	劑	回 回											
⑥⑥ 検査	薬	劑	回 回											
⑦⑦ 画像 診断	薬	劑	回 回											
⑧⑧ その他	処方せん		×	回										
	薬	劑		回										
⑨⑨ 入院	入院年月日			年	月	日								
	病	診	⑨⑨ 入院基本料・加算	点										
			×	日間										
			×	日間										
			×	日間										
		×	日間											
		×	日間											
		⑨⑨ 特定入院料・その他												
				※高額療養費	点	※公費負担点数	点	※公費負担点数	点					
		⑨⑦ 食事	基準	円× 日間	円× 日間	円× 日間	今回入院年月日			年	月	日		
							減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ月超							
療養の給付	保険	請求	点	※決定	点	負担金額	円	日	請求	円	※決定	円	(標準負担額)	円
	公費①	点	※	点	減額	割(円)免除・支払猶予	円	日	円	※	円		円	
	公費②	点	※	点			円	日	円	※	円		円	

上記のとおり領収致しました。

平成 年 月 日

医師 住所

氏名

印