

決定 伺	市町村長	課長	課長補佐	主幹	主査	係

支給	年	月	日
令和	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	令和	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								被保険者の 記号番号	岡 9							
療養を受けた 被保険者	氏名		昭・平・令 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)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (日間)							※ 療養に要した 費用	療養の給付	円						
									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	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。

令和 年 月 日

住所

申請者 氏名 印

(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	本店	預金 種 目	1. 普通預金	口座番号	
信用金庫			2. 当座預金	名義人	
農協	支店		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 2 併 3 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	世帯主			
傷病名		(1) (2) (3)	診 療 開始日		(1) (2) (3)	年	年	月	日	実 日 数	日	転 帰			その他				
						年	年	月	日			治ゆ	死亡	中止	世結精				
令和 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 管理時間 診算 外日 夜	× × × ×	回 回 回 回													
		⑬	指 導																
		⑭	在宅	往夜 深夜 在宅 患者 の 診問 急問 診察 他 剤		回 回 回 回													
		⑳	投薬	②① 内服 { ②② 屯服 { ②③ 外用 { ②⑤ 処方 ②⑥ 麻調 ②⑦ 毒基	× × × ×	単位 回 単 回 単 回 回													
		㉑	注射	③① 皮下 ③② 筋内 ③③ 肉内 静脈 の 他		回 回 回													
		㉒	処置	薬 剤		回 回													
		㉓	手術	麻 酔	薬 剤		回 回												
		㉔	検査	薬 剤		回 回													
		㉕	画像 診 断	薬 剤		回 回													
⑨⑩ 入 院		入院年月日 年 月 日																	
		病 診	⑨⑩ 入院基本料・加算 点																
		× 日間 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間																	
		⑨⑩ 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									
						⑨⑩ 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		保 險		日	請 求 円		※ 決 定 円		(標準負担額) 円				
	公費①	点		※ 点		円		食 事 療 養		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。																			
令和 年 月 日 医 師 住所 氏名 印																			