

国民健康保険療養費支給申請書

(特別療養費支給申請兼用)

区分	1 単独	1 本入	5 家入	7 高入一
	2 2併	2 本外	6 家外	8 高外一
	3 3併	3 六入		9 高入7
	4 六外			0 高外7

療養年月	平成 令和	年	月分
------	----------	---	----

療養を受けた被保険者氏名	保険者番号	3	3	0	0	2	7
個人番号	被保険者証の記号番号	岡2 —					

被保険者の生年月日	昭・平・令	年	月	日	傷病名	内容は別紙のとおり				
療養期間	年 月 日から				発病又は負傷年月日	年 月 日				
	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			医師または薬剤師の氏名						
発病の原因、診療の内容及び傷病の経緯							第三者の行為によるものですか			
							<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			

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	はり・きゅう	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（または裏面）証拠書類を添えて申請します。
令和 年 月 日 〒 住所 倉敷市
世帯主 氏名
個人番号
倉敷市長 あて 電話 () —

1	下記の預金口座へ振込み願います。	1 普通	口座番号
	<input type="text"/> 銀行 <input type="text"/> 本店支店支所 <input type="text"/> 信用金庫 <input type="text"/> <input type="text"/> 信用組合 <input type="text"/> <input type="text"/> 農協 <input type="text"/>	2 当座	<input type="text"/>
(世帯主以外の口座に振込むときは委任状が必要です。)		フリガナ	<input type="text"/>
		名義人	

2	別紙充当承諾書に基づき保険料へ充当願います。
---	------------------------

金融機関CD

個人CD

決定	件数	日数	点数	費用額	保険者分支給額	被保険者等負担額	薬剤負担	その他負担
	(食事療養費)							

受付日	令和	年	月	日	受付窓口	国保	児島	玉島	水島	庄	茶屋町	船穂	真備	受付者
-----	----	---	---	---	------	----	----	----	----	---	-----	----	----	-----

※資格証明書の提示 提示した 提示していない

※太ワク内を記入してください。

各医療機関様へ

この面に記載、もしくはレセプトの写しを添付してください。

氏名											男女	昭和 平成 令和	年生	入院・入院外					世帯主
傷病名	(1)	診療 開始日	(1)	年	月	日	実	日	転 帰			その他							
	(2)		(2)	年	月	日	日		数	治ゆ	死亡	中止	世結精						
年 月 分 請 求 明 細 書	⑪	初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数													
	⑫	再	診	×	回														
		来	問	×	回														
		時	夜	×	回														
	⑬	医学管理																	
	⑭	在 宅	往	診	回														
			夜	間	回														
	⑯	投 薬	⑲	内服	×	単	位												
			⑳	屯服		回													
			㉑	外用	×	単													
			㉒	処方		回													
			㉓	処方	×	単													
			㉔	調剤		回													
㉕			調剤	回															
㉖	調剤	回																	
⑰	注 射	㉗	皮下	回															
		㉘	筋内	回															
		㉙	肉内	回															
⑱	処	置	回																
⑳	手	術	回																
㉑	麻	酔	回																
㉒	検	査	回																
㉓	病	理	回																
㉔	画	像	回																
㉕	診	断	回																
㉖	そ	の	回																
㉗	他	他	回																
⑲ 入 院	入院年月日 年 月 日																		
	病	診	⑲		入院基本料・加算		点												
			×	日	間														
	×	日	間																
	×	日	間																
×	日	間																	
※高額療養費 点 ※公費負担点数 点 ※公費負担点数 点																			
食 事 ・ 生 活 環 境	⑲	基	準	円	×	回	外来時一部負担金			円									
	食 事 ・ 生 活 環 境	特	別	円	×	回	基準 (生)		円	×	回								
		食 堂	円	×	日	特別 (生)		円	×	回									
減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・3月超																			
療 養 の 給 付	保	険	請	求	点	※	決	定	点	負	担	金	額	円					
	公 費	①	点	※	決	定	点	減額 割 (円) 免除・支払猶予											
			点	※	決	定	点	円											
公 費	②	点	※	決	定	点	円												

上記のとおり領収致しました。 医療機関の所在地

年 月 日 医療機関の名称

医師の氏名