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）

療養年月	平成 令和 3 年 4 月分

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

療養を受けた被保険者氏名	倉敷　花子	保険者番号	3 3 0 0 2 7
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	被保険者証の記号番号	岡2　12 ― 345
被保険者の生年月日	昭・平・令　39 年 3 月 15 日	傷病名	内容は別紙のとおり
療養期間	年　月　日から 年　月　日まで （　日間）	発病又は負傷年月日	年　月　日
		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：倉敷市西中新田６４０－１ 名称：倉敷国保病院	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	☐ はい　☑ いいえ
療養の給付を受けることができなかった理由	治療用装具は保険の給付外のため		

種別区分	1				2	3	4	5	7	8	99	88
	1	3	4	1	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
	医	歯	調	海外療養費								

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 3 年 5 月 15 日

〒 710 －8565

住所　倉敷市 西中新田６４０

世帯主　氏名　倉敷　太郎

個人番号　1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3

倉敷市長　あて

電話　（０８６）４２６ ― ３２８１

1　下記の預金口座へ振込み願います。

（岡山）銀行 信用金庫 信用組合 農協　（倉敷）本店 支店 支所

1 普通　2 当座　口座番号 0 9 8 7 6 5 4

（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　クラシキ　タロウ

名義人　倉敷　太郎

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) (2) (3)	診療開始日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日	実日数 日	転帰 治ゆ 死亡 中止 / その他 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	再診 × 回 外来管理加算 × 回 時間外 × 回 休日 × 回 深夜 × 回		
⑬ 医学管理			
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 薬剤 回		
⑳ 投薬	㉑ 内服 { 薬剤 単位 / 調剤 × 回 ㉒ 屯服 薬剤 単位 ㉓ 外用 { 薬剤 単位 / 調剤 × 回 ㉕ 処方 × 回 ㉖ 麻毒 × 回 ㉗ 調基		
㉚ 注射	㉛ 皮下筋肉内 回 ㉜ 静脈内 回 ㉝ その他 回		
㊵ 処置	回 薬剤 回		
㊿ 手術 麻酔	回 薬剤 回		
60 検査 病理	回 薬剤 回		
70 画像 診断	回 薬剤 回		
80 その他	処方せん × 回 薬剤 回		

90 入院	入院年月日 年 月 日		
	病	診	90 入院基本料・加算 点 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間
			92 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・生活	基準	円× 回	外来時一部負担金 円
	特別	円× 回	基準（生） 円× 回 特別（生） 円× 回
	食堂	円× 日	
	環境	円× 日	減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・3月超

療養の給付					食事・生活療養				
保険	請求 点	※ 決定 点	負担金額 円 減額 割（円）免除・支払猶予		保険	回	請求 円	※ 決定 円	（標準負担額） 円
公費①	点	※ 点	円		公費①	回	円	※ 円	円
公費②	点	※ 点	円		公費②	回	円	※ 円	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