

国民健康保険療養費支給申請書

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

療養年月 平・令 年 月 分

公費負担者番号		保険者番号	3	3	0	0	5	0		
受給者番号		被保険者証の記号番号	岡 5							
療養を受けた被保険者	氏名	昭・平・令 年 月 日								
	個人番号						男・女	続柄		
※ 傷病名			※ 発病又は負傷年月日	平・令 年 月 日						
※ 療養期間 (必ずご記入ください)	平・令 年 月 日から	平・令 年 月 日まで	※ 療養に要した費用	療養の給付	円					
	(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									
※ 発病の原因診療内容及び傷病の経過	(加害者があるもの ・ その他)									
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	3	4	1	2	3	4	5	7	8
	医科	歯科	調剤	海外療養費	補装具	柔道	マッサージ	ハリ・キョウ	移送	その他
<p>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。 給付金の請求に関することは、笠岡市役所市民生活部市民課長に委任します。 給付金は下記口座に振り込んでください。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>笠岡市長 殿</p> <p>住所 笠岡市</p> <p>申請者名 (世帯主) _____ 印</p> <p>個人番号 _____</p> <p>電話番号 () - _____</p>										
金融機関	名称	銀行・信金				本店・支店				
		信組・農協				出張所				
	種別	普通・当座			フリガナ					
	口座番号					口座名義人				

世帯主以外の口座に振り込む場合は、下記「受領委任欄」に記入してください。

受領委任欄	上記、給付金受領に関する権限を、下記代理人に委任します。									
	令和 年 月 日									
			住所	笠岡市 _____ 印						
		世帯主名	_____ 印							
		代理人	住所	_____ 印						
		氏名	_____ 印							

(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 令和	年生	1社・国 4退職	1単 22併 33併	1本 2外 3六 4外	5家 6外	7高 8外 9高 0外 7	世帯主
----	--	----	----------------	----	-------------	------------------	----------------------	----------	---------------------------	-----

傷病名	①	診療 開始日	①	年	月	日	実 日 数	日	転 帰			その他
	②		②	年	年	月	日	日	治ゆ	死亡	中止	世結精
	③	③	③	年	年	月	日	日				

令和 年月 分 請 求 明 細 書	(11)	初診	時間外・休日・深夜	回								
	(12)	再	診	×	回							
		外	来管理加算	×	回							
		時	間外	×	回							
	再 診	休	日	×	回							
		深	夜	×	回							
	(13)	指	導									
	(14)	住	夜	診	回							
		深	夜・緊	急	回							
		在	宅	住宅患者訪問診察 その他 薬 剤	回							
	(20)	(21)	内	服	{	薬剤 調剤	×	単 位	回			
		(22)	屯	服	{	薬剤 調剤		単 位	回			
(23)		外	用	{	薬剤 調剤		単 位	回				
(25)		処	方			×		回				
(26)		麻	毒			×		回				
(27)		調	基					回				
(30)	(31)	皮	下	筋	肉			回				
	(32)	静	脈		内			回				
	(33)	そ	の	他				回				
(40)	処	置					回					
(50)	手	麻	術	酔	薬 剤			回				
(60)	検	査			薬 剤			回				
(70)	画	診	像	断	薬 剤			回				
(80)	そ の 他	処	方	せん		×		回				
					薬 剤			回				

(90)	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												
				(92)	特定入院料・その他					※高額療養日	点	※公費負担点数	点	※公費負担点数	点		
				(97)	基準					食事	円×	日間	円×	日間	円×	日間	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	食	保	日	請	求	円	※ 決 定	円	(標準負担額)	円
	公費①		点	※	点	円	事	險	日		円	※	円		円	
	公費②		点	※	点	円	療	費	日		円	※	円		円	

上記のとおり領収致しました。

令和 年 月 日

住所

医師

氏名

印