

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 高入七
		5 家入	0 高外七	

療養年月	令和	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
※ 傷病名											※ 発病又は負傷年月日	令和 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		※ 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				2	3	4	5	7	8									
	1	3	4	1	補装具	柔道	マッサージ	ハリ・キユウ	移送	その他									
	医科	歯科	調剤	海外療養費															
<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 千 -</p> <p>住所 笠岡市</p> <p>申請者名 (世帯主) 印</p> <p>※世帯主と口座名義人が同じ場合、押印は省略できます。</p> <p>個人番号</p> <p>電話番号 () -</p>																			
金融機関	銀行名	銀行・信金 本店・支店 信組・農協 出張所																	
	種別	普通・当座																	
	口座番号																		口座名義人 ※カタカナで記入してください

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																	
代理人	世帯主名 印																	
	住所 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			昭和平令和	年生	1社・国 4退職	1単 2独 3併 3併	1本 2本 3六 4六	1入 2入 3入 4入	5家 6家	7高 8高 9高 0高	1入 2入 3入 4入	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		
令和年月分請求明細書	(11) 初診	時間外・休日・深夜	回											
	(12) 再診	再診	×	回										
		外来管理加算	×	回										
		時間外	×	回										
		休日	×	回										
		深夜	×	回										
	(13) 指導													
	(14) 在宅	住診 夜間 深夜・緊急 在宅患者訪問診察 その他 薬剤		回 回 回 回 回										
	(20) 投薬	(21) 内服 { 薬剤 調剤	×	回	単位									
		(22) 屯服 薬剤		回	単位									
	(23) 外用 { 薬剤 調剤	×	回	単位										
	(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	薬剤		回											
(50) 手術	薬剤		回											
(60) 検査	口座		回											
(70) 画像	診断	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											
		×	日間											
		(92) 特定入院料・その他												
									※高額療養日	点	※公費負担点数	点		
									(97) 基準		今回入院年月日	年	月	日
									食事	円× 円× 円×	日間 日間 日間			
療養の給付	保険	請求点	※ 決定点	負担金額	円	食事	日	請求	円	※ 決定	円	(標準負担額)	円	
	公費①	点	※	点	円	保険	日		円	※	円		円	
	公費②	点	※	点	円	公費①	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