

決定 伺	市町村長	課長	係長	係	担当

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 22併 33併	1本人 2本外 3六入 4六外	5家入 6家外	7高入一 8高外一 9高入7 0高外7
----	-------------	-------------------	--------------------------	------------	------------------------------

療養年月	年	月分
------	---	----

公費負担者番号		保険者番号	3	3	0	1	0	0
受給者番号		被保険者証の 記号番号	岡10-					
療養を受けた 被保険者	氏名	昭・平 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)	年 月 日から	療養に要した 費用	療養の給付	円				
	年 月 日まで (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
	病院等名称及び 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	第三者行為・その他
療養の給付を 受けることがで きなかつた理由	

種別	1	2	3	4	5	7	8	99	88			
区分	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 新見市

申請者 新見市長 殿 (世帯主) 氏名

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	支店	預 金 種 目	1. 普通預金	口座番号
信用金庫	支所		2. 当座預金	(フリガナ)
農協	出張所		3. 名義人	

※申請者と口座名義人が異なる場合は、別紙委任状を提出してください。

(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 平成	年生	1社・国 4退職	1単独 2併 3併	1本入 2本外 3六入 4六外	5家入 6家外	7高入一 8高外一 9高入7 0高外7	世帯主				
傷病名	(1) (2) (3)	診療 開始日	(1) (2) (3)	年 月 日	年 月 日	実 日 数	日	転 帰 治ゆ 死亡 中止			その他 世帯精				
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 時 休 深	診 算 外 日 夜	× × × ×	回 回 回 回										
	⑬ 指 導														
	⑭ 在 宅	往 夜 深 在 宅 薬	診 間 急 問 診 察	回 回 回 回											
	⑯ 投 薬	21 内服 22 屯服 23 外用 25 処方 26 麻調 27 方毒基	薬 調 薬 調 薬 調	× × × ×	単 回 単 回 単 回 回										
	30 注 射	31 皮 32 下 33 筋 静脈 の 肉 内 他	回 回 回												
	40 処 置	薬 剤	回 回												
	50 手 術 麻 酔	薬 剤	回 回												
	60 検 査	薬 剤	回 回												
	70 画 診 像 断	薬 剤	回 回												
	80 そ の 他	処方せん 薬 剤	× 回 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												
		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	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・3月超						
療 養 の 給 付	保 險	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	公 費 ②	点	※	点	減 額 割 (円)	円	公 費 ①	日	円	※	円	円	円	
	公 費 ②		点	※	点		円	公 費 ②	日	円	※	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