

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 2 2併 3 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
----	---------------	----------------------	------------------------------	--------------	----------------------------------

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 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	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。 年 月 日 住所 新見市 申請者 氏名 (世帯主) 新見市長 様 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			男女	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 8高外 9高入 0高外	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 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	公費分点数									
	⑫	再来 再診	管理 時間 加算 診外 日 夜	× × × ×	回 回 回 回									
	⑬	指 導												
	⑭	往 夜 深 在 宅	診 間 急 急 診 察 他 剤		回 回 回 回									
	⑯	⑳	内服 屯服 外用 処方 麻調	{ 薬調 剤 剤 剤 剤	× × × ×	単 回 単 回 単 回 単 回								
	㉑	⑳	⑳	⑳	⑳	⑳								
	㉒	⑳	⑳	⑳	⑳	⑳								
	㉓	⑳	⑳	⑳	⑳	⑳								
	㉔	⑳	⑳	⑳	⑳	⑳								
	㉕	⑳	⑳	⑳	⑳	⑳								
	㉖	⑳	⑳	⑳	⑳	⑳								
	⑨ 入 院	入院年月日		年	月	日								
病		診	⑨	入院基本料・加算	点									
				× × × × ×	日 間 日 間 日 間 日 間									
			⑨	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				
		⑦	食 事	基準	円× 円× 円×	日 間 日 間 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	日	請 求	円	※決 定	円	(標準負担額)	円
	公 費 ①	公 費	点	※	点	減額 割 (円) 免除・支払猶予	円	日		円	※	円		円
	公 費 ②	公 費	点	※	点		円	日		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