

決定 伺	市町村長		課 長	係 長	係	主 査

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

療養年月	令和 年 月分
------	---------

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
--------	---------------	------------------------	------------------------------	--------------	----------------------------------

公費負担者番号									保 険 者 番 号								
受 給 者 番 号									被 保 険 者 記 号 番 号								
療養を受けた 被 保 険 者	氏 名													昭・平・令 年 月 日生			
	個人番号													男・女	続 柄		
※ 傷 病 名									※ 年 月 日	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 (日間)								※ 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 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														第三者行為によるものか 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																	
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。

令和 年 月 日

住所

申請者

氏名

(世帯主)

長 殿

個人
番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話 () -

☐ 公金受取口座を利用する (利用するものは口座情報の記入不要)

公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出が不要になります。

☐ 振込口座を指定する

この支払金は下記の預金口座へ振り込み願います。

銀行

信用金庫

店

農協

支所

預
金
種
目

1. 普通預金

口座番号

2. 当座預金

3. 名 義 人

(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名してください。)

上記名義人口座への振込を了承します。

世帯主氏名

㊞

(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		世帯主																								
傷病名		(1) (2) (3)		診 療 開始日		(1) (2) (3)		年 年 月 日 年 月 日		実 日 数		日		転 帰		治ゆ		死亡		中止		その他 世結精																						
令和 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 の 他 剤		回 回 回 回																																				
		⑯ 投薬		② 内服 ② 屯服 ③ 外用 ⑤ 処方 ⑥ 麻調 ⑦ 毒基		{ 薬調 剤調 剤調 剤調		× × × ×															単 回 単 回 単 回 回																					
		⑰ 注射		③ 皮下 ③ 静脈 ③ の		肉内 筋内 内他		回 回 回																																				
		⑱ 処置		薬 剤		回 回																																						
		⑲ 手術		手 麻 術 酔		薬 剤		回 回																																				
		⑳ 検査		薬 剤		回 回																																						
		㉑ 画像診断		薬 剤		回 回																																						
⑨⑩ 入 院		入院年月日		年 月 日																																								
		病 診		⑨⑩ 入院基本料・加算		点		※高額療養費 点 ※公費負担点数 点 ※公費負担点数 点																																				
				× 日間 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間		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																																						
				⑨② 特定入院料・その他																																								
療養の給付		保 險		請 求 点		※ 決 定 点		負担金額 円		食 事 療 養		保 險		日 請 求 円		※ 決 定 円		(標準負担額) 円																										
		公 費		点		※ 点		円		公 費		日 円		円		※ 円		円																										
		① 公 費		点		※ 点		円		② 公 費		日 円		円		※ 円		円																										
		② 公 費		点		※ 点		円				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																																												