

国民健康保険療養費支給申請書

(特別療養費支給申請兼用)

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

療養年月	平成 令和	年	月分
------	----------	---	----

療養を受けた 被保険者氏名								保険者番号				3	3	0	0	2	7
個人番号								被保険者証の 記号番号	岡2 —								

被保険者の生年月日	昭・平・令	年	月	日	傷病名	内容は別紙のとおり					
療養期間	年 月 日から				発病又は負傷年月日	年 月 日					
	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	医師または薬剤師の氏名									
発病の原因、診療の内容及び傷病の経緯	第三者の行為によるものですか										
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	はり・きゅう	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（または裏面）証拠書類を添えて申請します。

令和 年 月 日 住 所 倉敷市

世帯主 氏 名

個人番号

倉敷市長 あて 電 話 () —

1	下記の預金口座へ振込み願います。	1 普通	口座番号
	<input type="text"/> 銀行 <input type="text"/> 信用金庫 <input type="text"/> 信用組合 <input type="text"/> 農協	<input type="text"/> 本店 <input type="text"/> 支店 <input type="text"/> 支所	<input type="text"/>
(世帯主以外の口座に振込むときは委任状が必要です。)		フリガナ	<input type="text"/>
		名義人	<input type="text"/>

2	別紙充当承諾書に基づき保険料へ充当願います。
---	------------------------

金融機関CD

個人CD

決 定	件数	日数	点数	費用額	保険者分支給額	被保険者等負担額	薬剤負担	その他負担
	(食事療養費)							

受付日	令和	年	月	日	受付窓口	国保	児島	玉島	水島	庄	茶屋町	船穂	真備	受付者
-----	----	---	---	---	------	----	----	----	----	---	-----	----	----	-----

※資格証明書の提示 提示した 提示していない

※太ワク内を記入してください。

各医療機関様へ

この面に記載、もしくはレセプトの写しを添付してください。

氏名			男女	昭和 平成 令和	年生	入院・入院外			世帯主						
傷病名	(1)	診療 開始日	(1)	年	月	日	転 帰			その他					
	(2)		(2)	年	月	日	治ゆ	死亡	中止	世結精					
年 月 分 請 求 明 細 書	⑪	初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数									
	⑫ 再 診	再 来 時 休 深	診 問 外 日 夜	×	回										
		外 来 時 休 深	診 問 外 日 夜	×	回										
		再 来 時 休 深	診 問 外 日 夜	×	回										
	⑬	医 学 管 理													
	⑭ 在 宅	往 夜 深 在 宅 の 薬	診 問 急 問 診 察 の 他 剤		回										
					回										
	⑳ 投 薬	⑲	内服	{ 薬 調 剤 調 剤 調 剤	×	単 位									
		⑳	屯服			回	単 位								
		㉑	外用	{ 薬 調 剤 調 剤 調 剤	×	単 位									
		㉒	処方		×	回									
		㉓	麻調		×	回									
		㉔	毒基		×	回									
㉕ 注 射	㉖	皮下	筋 肉 内 の 他		回										
	㉗	筋内			回										
	㉘	静脈			回										
㉙	処置	薬 剤		回											
㉚	手術	麻 酔	薬 剤		回										
㉛	検査	病理	薬 剤		回										
㉜ 画 像 診 断	㉝	診断	薬 剤		回										
	㉞	その他	処方せん	×	回										
㉟ 入 院	入院年月日		年	月	日										
	病	診	⑨①	入院基本料・加算	点										
				×	日間										
				×	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	基準	円×	回	外来時一部負担金		円						
				特別	円×	回	基準(生)		円×	回					
				食堂	円×	日	特別(生)		円×	回					
				環境	円×	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	食 事 ・ 保 險	回	請 求	円	※決 定	円	(標準負担額)	円
	公 費 ①		点	※	点	減額 割(円) 免除・支払猶予	円	公 費 ①	回		円	※	円		円
	公 費 ②		点	※	点		円	公 費 ②	回		円	※	円		円

上記のとおり領収致しました。 医療機関の所在地
 年 月 日 医療機関の名称
 医師の氏名