

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	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 8 高外 9 高入 0 高外
-----	-------	------------------------	------------------------------	--------------	------------------------------

公費負担者番号								保 険 者 番 号			3	3	0	2	9	0
受 給 者 番 号								被保険者 記号番号	岡 2 9							
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								※ 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 (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								発病（負傷）の原因								
								1. 第三者行為（交通事故等） 2. その他（自損事故・疾病等）								
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 都窪郡早島町 申請者 氏名 (世帯主) 早島町長 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 信用金庫 店 預金種目 農協 支所 1. 普通預金 口座番号 2. 当座預金 3. フリガナ 名義人																

(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		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 年 月 月 月 日 日 日	実 日 数	日		転 帰		治ゆ		死亡	中止	その他				
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		再来管理加 外時休診 算外外 間 間 日 夜		× × × × ×		回 回 回 回 回													
		⑬ 指 導																			
		⑭ 在宅		往夜深 在在宅 そ薬		診間急 間患者 問訪の 他診 他察		回 回 回 回 回													
		⑯ 投薬		⑲ 内服 { ⑳ 屯服 { ㉑ 外用 { ㉒ 処方 ㉓ 麻調 ㉔ 毒基		薬剤 調剤 薬剤 薬剤 調剤		× × × ×		単回 単位 単位 単位 単位											
		⑳ 注射		㉕ 皮下筋肉内 ㉖ 静脈の ㉗ その他		回 回 回															
		㉘ 処置		薬 剤		回 回															
		㉙ 手術 麻 酔		薬 剤		回 回															
		㉚ 検査		薬 剤		回 回															
		㉛ 画像 診 断		薬 剤		回 回															
⑨ 入 院		入院年月日		年 月 日																	
		病 診		⑨⑩ 入院基本料・加算		点															
				× × × × × 日間 日間 日間 日間 日間																	
				⑨⑪ 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			
								⑨⑫ 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・Ⅲ月超									
療 養 費 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		円		日		円		※ 円		円		円			
		公 費 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