

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						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		令和 年 月 分									

公費負担者番号										保険者番号		3		3		0		8		2		9			
受給者番号										被保険者 記号番号		岡82													
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										※療養に要した 費用		療養の給付		円									
		令和 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																							
		名称及び医師又は 薬剤師氏名																							
※発病の原因 診療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)

瀬戸内市長 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 農協	店 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 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			その他				
																		治 ゆ 死 亡 中 止			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 療 加 算 管 理 間 外 日 夜		× × × × ×		回 回 回 回 回															
		⑬ 指 導																							
		⑭ 在 宅		往 夜 深 在 宅 薬		診 間 夜 ・ 緊 急 患 者 の 訪 問 他 診 察		回 回 回 回 回																	
		⑯ 投 薬		②① 内 服 { ②② 屯 服 { ②③ 外 用 { ②⑤ 処 方 ②⑥ 麻 毒 ②⑦ 調 基		薬 剤 調 剤 調 剤 調 剤 調 剤 調 剤 調 剤 調 剤 調 剤 調 剤 調 剤 調 剤 調 剤 調 剤 調 剤		× × × ×		単 位 回 単 位 回 単 位 回 単 位 回 単 位															
		⑰ 注 射		③① 皮 下 筋 肉 内 ③② 静 脈 内 他 ③③ そ の 他				回 回 回																	
		⑱ 処 置		薬 剤				回 回																	
		⑲ 手 麻 術 酔		薬 剤				回 回																	
		⑳ 検 査		薬 剤				回 回																	
		㉑ 画 診 像 断		薬 剤				回 回																	
⑨① 入 院		入院年月日		年 月 日																					
		病 診		⑨② 入院基本料・加算		点																			
				× × × × ×		日 間 日 間 日 間 日 間 日 間																			
				⑨③ 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					
												⑨④ 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 の 給 付		保 険		請 求 点		※ 決 定 点		負担金額 円		保 険		日		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		日		円		※ 円		円							
		公 費 ②		点		※ 点		円		公 費 ②		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																									