

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

公費負担者番号								保 険 者 番 号								
受 給 者 番 号								被保険者証の 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			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 高入七 0 高外七		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		再外来管理加 算時間 診算外日夜		× × × ×		回 回 回 回																													
			⑬ 指 導																																			
			⑭ 在宅		往夜深夜在宅 診問急診察 夜・緊急患者訪問 在宅患者の他剤		回 回 回 回																															
			⑯ 投薬		②① 内服 { 薬剤調剤 ②② 屯服 { 薬剤調剤 ②③ 外用 { 薬剤調剤 ②⑤ 処方 方毒基 ②⑥ 麻調 ②⑦		× × × ×		単回位 回單位 回單位 回單位																													
			⑰ 注射		③① 皮下筋肉内 ③② 静脈内 ③③ その他		回 回 回																															
			⑱ 処置		薬 剤		回 回																															
			⑲ 手術		麻酔 薬 剤		回 回																															
			⑳ 検査		薬 剤		回 回																															
			㉑ 画像診断		薬 剤		回 回																															
			㉒ その他		処方せん 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																																
		× × × × ×				日間 日間 日間 日間 日間																																
		⑨⑩ 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																			
									⑨⑩ 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		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		日		円		※ 円		円																					
			公費②		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																																						

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 4 年 10 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 8 高外 9 高入 0 高外
--------	--------------	-----------------------	-----------------------------	--------------	------------------------------

公費負担者番号										保 険 者 番 号			3	3	0	0	0	0
受 給 者 番 号										被保険者証の 記 号 番 号	岡00	0123456						
療養を受けた 被 保 険 者	氏 名	国保 太郎										昭	平・令	25年	10月	10日生		
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	男・女	続 柄	本人		
※ 傷 病 名	●●●●●										※ 年 月 日	R4 年 10 月 1 日						
※ 療 養 期 間 (必ずご記入ください)	令和 4年 10月 1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	56,789 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										岡山県○○○							
	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 岡山県○○○

申請者
氏名
(世帯主)

国保 太郎

長 殿

個人
番号

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

電話 (086) 000 - 0000

☐ 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

- 普通預金 口座番号
- 当座預金
- 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)					