

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 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 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 店	預 金 種 目	1. 普通預金 口座番号
信用金庫		2. 当座預金
農協 支所		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 本人 5 家人 2 本外 6 家外 3 六入 4 六外		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 月 日 日		実 日 数		日		転 帰		治 癒 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 加 算 外 日 夜	× × × ×	回 回 回 回												
		⑬ 指 導																	
		⑭ 在宅		往 夜 深 在 宅 そ の 薬	診 問 急 患 者 訪 問 他 の 診 察 薬 剤	回 回 回 回 回													
		⑯ 投薬		① 内服 ② 屯服 ③ 外用 ④ 処方 ⑤ 麻調 ⑥ 毒基	薬 調 剤 薬 調 剤 薬 調 剤 方 毒 基	× × × ×	単 回 単 位 単 位 単 位 回												
		⑰ 注射		① 皮下 ② 静脈 ③ そ の 他	肉 内 内 他	回 回 回													
		⑱ 処置		薬 剤		回 回													
		⑲ 手術		薬 剤		回 回													
		⑳ 検査		薬 剤		回 回													
		㉑ 画像診断		薬 剤		回 回													
⑨ 入 院		入院年月日		年 月 日															
		病 診	㉒ 入院基本料・加算		点														
				× × × × ×	日 間 日 間 日 間 日 間 日 間														
		㉓ 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					
						㉔ 食 事		基準	円 × 日間	今日入院年月日		年 月 日							
									円 × 日間					減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ月超					
									円 × 日間										
療養の給付		保険 公費① 公費②		請求点 ※ 決定点		負担金額 円		減額 割 (円) 免除・支払猶予 円		食 事 療 養		保険 公費① 公費②		日 請求 円		※ 決定 円 (標準負担額) 円			
				点 ※ 点		円		円		日		円		※ 円		円			
				点 ※ 点		円		円		日		円		※ 円		円			

上記のとおり領収致しました。

令和 年 月 日

住所

氏名

印