

国民健康保険療養費支給申請書

( 一般 ・ 退職 )

[illegible]

|                |                     |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |                                                                    |                                                                      |                                                                             |  |  |  |  |  |
|----------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 療養区分           |                     | 1. 診療費      2. 海外療養費      3. 補装具      4.その他（                                  ） |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |                                                                    |                                                                      |                                                                             |  |  |  |  |  |
| 被保険者<br>記号及び番号 |                     | 丹                                  ー                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                        | 年齢<br>区分                                                           | 70歳未満    ・    70歳以上                                                  |                                                                             |  |  |  |  |  |
| 被保険者           | 氏名                  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |                        | 性別                                                                 | 男    ・    女                                                          |                                                                             |  |  |  |  |  |
|                | 個人番号                |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |                                                                    | 生年月日                                                                 | 昭和 ・ 平成 ・ 令和<br><br>年                          月                          日 |  |  |  |  |  |
| 医療機関           | 名称・所在地及び<br>医師・薬剤師名 |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |                        | 療養の期間                                                              | 平成 ・ 令和<br>年                          月                          日から |                                                                             |  |  |  |  |  |
|                |                     |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |                        | 療養の期間                                                              | 平成 ・ 令和<br>年                          月                          日まで |                                                                             |  |  |  |  |  |
|                |                     |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |                        | 費用額                                                                | 円                                                                    |                                                                             |  |  |  |  |  |
| 傷病名            |                     |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  | 発病・<br>負傷日             | 平成 ・ 令和<br>年                          月                          日 |                                                                      |                                                                             |  |  |  |  |  |
| 発病の<br>原因      |                     |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  | 第三者による<br>傷病の有無        |                                                                    | 有         ・         無                                                |                                                                             |  |  |  |  |  |
| 傷病の<br>経過      |                     |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  | 療養の給付を<br>受けなかった理<br>由 |                                                                    | 1.遡及して社保の資格を喪失したため<br>2.被保険者証を忘れて受診したため<br>3.補装具作成のため                |                                                                             |  |  |  |  |  |
| 療養の内<br>容      |                     |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |                                                                    |                                                                      |                                                                             |  |  |  |  |  |

※ 証拠書類として、領収（診療）明細書等を添付してください。

|         |                                      |       |  |                |
|---------|--------------------------------------|-------|--|----------------|
| 支払場所の指定 | 振込先金融機関名                             |       |  | 預金種別           |
|         | 銀 行<br>信用金庫<br>農 協<br>(            ) |       |  | 本店 普通<br>支店 当座 |
|         | □座番号                                 | フリガナ  |  |                |
|         |                                      | □座名義人 |  |                |

申請者と口座名義人が異なる場合は、口座名義人に領収を委任したものとみなします。

※ 以下の欄には記入しないでください。

|          |                           |                             |   |   |   |      |       |   |
|----------|---------------------------|-----------------------------|---|---|---|------|-------|---|
| 資格<br>確認 | 取得                        | 昭和・平成・令和                    | 年 | 月 | 日 | 支給算定 | 費用額   | 円 |
|          | 喪失                        | 昭和・平成・令和                    | 年 | 月 | 日 |      | 窓口徴収額 | 円 |
| 一般<br>退職 | 課税区分                      | ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ           |   |   |   | 支給する | 支給決定額 | 円 |
|          | (70歳以上)                   | 現Ⅲ ・ 現Ⅱ ・ 現Ⅰ ・ 一般 ・ 低Ⅱ ・ 低Ⅰ |   |   |   |      |       |   |
| 福祉医療     | 無し ・ 老人 ・ 障害 ・ ひとり親 ・ 子育て |                             |   |   |   | 支給有無 | 理由:   |   |
| 備考       |                           |                             |   |   |   |      |       |   |

☐ 支給申請受付入力 (e-KOUGAK)

## 領収（診療）明細書

下記のとおり領収（診療）しました。

電話 ( ) —

医療機関

所在地

名称

印

金 円也

令和                      年                      月                      日

## 診療内訳

|           |          |           |       |          |    |      |  |                 |  |     |   |
|-----------|----------|-----------|-------|----------|----|------|--|-----------------|--|-----|---|
| J         |          |           |       |          |    | 生年月日 |  | 年 月 日 生         |  |     |   |
| 傷病名       |          |           |       |          |    | 診療期間 |  | 年 月 日から 年 月 日まで |  | 実日数 | 日 |
| 種目・回数     |          |           |       |          |    | 金額   |  | 薬名・用量等の明細       |  |     |   |
| 初診        |          | 時間外・休日・深夜 |       |          |    | 回    |  | 円・点             |  |     |   |
| 再診        | 再診       | ×         |       |          |    | 回    |  |                 |  |     |   |
|           | 外来管理加算   | ×         |       |          |    | 回    |  |                 |  |     |   |
|           | 時間外      | ×         |       |          |    | 回    |  |                 |  |     |   |
|           | 休日       | ×         |       |          |    | 回    |  |                 |  |     |   |
|           | 深夜       | ×         |       |          |    | 回    |  |                 |  |     |   |
| 指導        |          |           |       |          |    |      |  |                 |  |     |   |
| 在宅        | 往診       |           |       |          |    | 回    |  |                 |  |     |   |
|           | 夜間       |           |       |          |    | 回    |  |                 |  |     |   |
|           | 深夜・緊急    |           |       |          |    | 回    |  |                 |  |     |   |
|           | 在宅患者訪問診療 |           |       |          |    | 回    |  |                 |  |     |   |
|           | その他      |           |       |          |    |      |  |                 |  |     |   |
| 投薬        | 内服 薬剤    |           |       |          |    | 単位   |  |                 |  |     |   |
|           | 調剤       | ×         |       |          |    | 回    |  |                 |  |     |   |
|           | 屯服 薬剤    |           |       |          |    | 単位   |  |                 |  |     |   |
|           | 外用 薬剤    |           |       |          |    | 単位   |  |                 |  |     |   |
|           | 調剤       | ×         |       |          |    | 回    |  |                 |  |     |   |
|           | 処方       | ×         |       |          |    | 回    |  |                 |  |     |   |
| 注射        | 麻毒       |           |       |          |    | 回    |  |                 |  |     |   |
|           | 調基       |           |       |          |    |      |  |                 |  |     |   |
|           | 皮下筋肉内    |           |       |          |    | 回    |  |                 |  |     |   |
| 処置        | 静脈内      |           |       |          |    | 回    |  |                 |  |     |   |
|           | その他      |           |       |          |    | 回    |  |                 |  |     |   |
|           | 薬剤       |           |       |          |    |      |  |                 |  |     |   |
| 手麻術酔      |          |           |       |          |    | 回    |  |                 |  |     |   |
|           | 薬剤       |           |       |          |    |      |  |                 |  |     |   |
| 検査        |          |           |       |          |    | 回    |  |                 |  |     |   |
|           | 薬剤       |           |       |          |    |      |  |                 |  |     |   |
| 画像診断      |          |           |       |          |    | 回    |  |                 |  |     |   |
|           | 薬剤       |           |       |          |    |      |  |                 |  |     |   |
| その他       | 処方せん     |           |       |          |    |      |  |                 |  |     |   |
|           | 薬剤       |           |       |          |    |      |  |                 |  |     |   |
| 入院        | 入院年月日    |           | 年 月 日 |          |    |      |  |                 |  |     |   |
|           | 病        | 診         | 衣     | 入院料      |    |      |  |                 |  |     |   |
|           |          |           |       | ×        |    | 日間   |  |                 |  |     |   |
|           |          |           |       | ×        |    | 日間   |  |                 |  |     |   |
|           |          |           |       | ×        |    | 日間   |  |                 |  |     |   |
|           |          |           |       | 入院時医学管理料 |    |      |  |                 |  |     |   |
|           |          |           |       | ×        |    | 日間   |  |                 |  |     |   |
| ×         |          |           |       | 日間       |    |      |  |                 |  |     |   |
| ×         |          |           |       | 日間       |    |      |  |                 |  |     |   |
|           |          |           | ×     |          | 日間 |      |  |                 |  |     |   |
| 特定入院料・その他 |          |           |       |          |    |      |  |                 |  |     |   |
| 食事        | 基準       |           | 円     | ×        | 日間 |      |  |                 |  |     |   |
|           |          |           | 円     | ×        | 日間 |      |  |                 |  |     |   |
|           |          |           | 円     | ×        | 日間 |      |  |                 |  |     |   |
| 合計        |          |           |       |          |    | 円    |  | 薬剤一部負担金相当額      |  | 円   |   |

内訳書添付個所（歯科診療内容）