

国民健康保険療養費支給申請書

01一般診療 02治療用器具 03柔道整復術
04按摩・マッサージ 05鍼・灸 07移送料 08その他

年 月 分



医療機関番号			
1.一般	0.外来	1.退職本人	給付割合 7割・8割 9割・10割
4.退職	1.入院	2.退職被扶養者	
		3.義務教育就学者	
		4.前期高齢者	

氏名	保険者番号	3 7 0 0 5 6
個人番号	保険者名	観音寺市
性別/生年月日	被保険者証の記号番号	記号 番号 香川5

傷病名	転帰 治め 死亡 中止				
発病負傷年月日	年 月 日	療養期間	日から	日まで	日間
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局・その他	名称	所在地			
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師等の氏名					
療養の給付を受けることができなかった理由	① 医師の診断により補装具を作成装着したもの。	発病の原因			
	② 医師の同意により按摩・マッサージ又は鍼・灸の施術を受けたもの。	傷病の経過			
	③ その他（具体的に	療養内容			
療養に要した費用	円				
備考	年 月 日 No.	同意書提出済			
上記のとおり、療養に要した費用に関する別紙証拠書類（領収書及び診療内容の明細書）を添えて申請します。					
年 月 日					
(宛先) 観音寺市長					
住所 観音寺市					
世帯主 氏名					
電話番号					
世帯主個人番号					

注 ① 傷病が第三者の行為によるときは、その旨申し出てください。
② 暦月ごとに作成すること。 ※印の箇所は記入しないこと。

第三者行為	有・無
-------	-----

振込先	金融機関名		口座名義人		種目	1 普通		2 当座	
	銀行・金庫	支店	(フリガナ)	口座番号					
	農協・組合	支所 出張所							

※ 決 定 欄	公費番号	費用額	一部負担金	食事・生活療養	回数	合計金額	標準負担額
	保険	円	円		回	円	円
	公費①	円	円		回	円	円
	公費②	円	円		回	円	円

診療報酬領収明細書

年 月分

傷病名	(1)	診療開始日	(1)	年	月	日	診療実日数		
	(2)		(2)	年	月	日	転 帰		
	(3)		(3)	年	月	日	治ゆ	死亡	中止

⑪初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数	特記事項
⑫再診	再診	×	回		
	外来管理加算	×	回		
	時間外	×	回		
	休日・深夜	×	回		
⑬医学管理					
⑭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		回		
	薬剤		回		
⑮投薬	⑲内服	薬剤調剤	×	単位	
	⑳屯服		単位		
	㉑外用	薬剤調剤	×	単位	
	㉒調剤		回		
	㉓処方		×	回	
	㉔麻毒			回	
	㉕調基			回	
⑳注射	㉖皮下筋肉内		回		
	㉗静脈内		回		
	㉘その他		回		
㉙薬剤					
㉚処置	薬剤		回		
㉛手術	麻酔		回		
㉜検病	薬剤		回		
㉝検査	薬剤		回		
㉞画像	薬剤		回		
㉟その他	処方せん		回		
	薬剤				
㊱入院	入院年月日 年 月 日				
	病診	㊲入院基本料・加算		点	
			×	日間	
			×	日間	
			×	日間	
		×	日間		
		㊳特定入院料・その他			
一部負担金					円
※高額療養費				円	※公費負担点数 点
㊴食事・生活	基準	円×	回	※公費負担点数	点
	特別	円×	回	基準(生)	円× 回
	食堂	円×	日	特別(生)	円× 回
	環境	円×	日	減・免・猶・I・II・3月超	

請求	点	領収金額	金	円
決定	※	上記金額を領収したことを証明します。		

患者名 殿 年 月 日

医療機関の所在地および名称
代表者職氏名

