

決定 伺	理事長	常務理事	事務局長	係

支給年月日
平成 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	平成 年 月 分
------	----------

区分	1 社・国	1 単独	1 本入	5 家入	7 高入	9
	4 退職	2 2併	2 本外	6 家外	8 高外	9
		3 3併	3 六入		9 高入	7
			4 六外		0 高外	7

公費負担者番号		保険者番号		3	3	3	0	3	9	
受給者番号		被保険者証の 記号番号	岡303							
療養を受けた 被保険者氏名						昭・平 年 月 日生	男・女	続柄		
※ 傷病名						※ 発病または負傷 年 月 日	年 月 日			
※ 療養期間 (必ずご記入ください)	平成 年 月 日から		平成 年 月 日まで		※ 療養に要した 費用	療養の給付	円			
	( 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 診療の内容 及び傷病の経過										
療養の給付を受ける ことが出来なかった 理由										
種別区分	1				2	3	4	5	7	8
	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
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。										
平成 年 月 日										
申請者 (世帯主)				住所						
中四国薬剤師国民健康保険組合 殿				氏名						
				電話 ( ) -						
この支払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		支店			2. 当座預金		フリガナ			
農協		出張所 支所			3.		名義人 印			

注意 ※欄は必ず担当医師、歯科医師または薬剤師等に記入してもらってください。(補装具は除く)

(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	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	9
傷病名	(1) (2) (3)	診療 開始日	(1) (2) (3)	年 月 日 年 月 日 年 月 日	転 帰			診療 実日数	保 險	日
					治ゆ	死亡	中止		公 費 ①	日
									公 費 ②	日
平成 年 月分請求明細書	⑪初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数					
	⑫再診	再診 外来管理加算 時間外 休日 深夜	× × × × ×	回 回 回 回 回						
	⑬	医学管理								
	⑭在宅	往診 夜間 深夜・緊急 在宅患者訪問診療 その他 薬剤		回 回 回 回						
	⑮投薬	⑲内服 { 薬剤 調剤 } ⑳頓服 薬剤 ㉑外用 { 薬剤 調剤 } ㉒処方 ㉓麻毒 ㉔調基	×  ×  ×	単位 回 単位 単位 回 回						
	⑯注射	㉕皮下筋肉内 ㉖静脈内 ㉗その他		回 回 回						
	⑰処置	薬剤		回						
	⑱手術 麻酔	薬剤		回						
	⑲検査	薬剤		回						
	㉑画診 像断	薬剤		回						
㉒その他	処方せん 薬剤		回							
⑨⑩入院	入院年月日 年 月 日									
	病 診	⑨⑩入院基本料・加算	× × × × ×	日間 日間 日間 日間 日間	※高額療養費 円			※公費負担点数 点		
		⑨⑩特定入院料・その他			⑨⑩食事	基準	円× 円× 円×	回 回 回	※公費負担点数 点	
療養の 給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円	回	請求 円	※決定 円	(標準負担額) 円		
	公費①	点	※ 点	円	回	円	※ 円	円		
	公費②	点	※ 点	円	回	円	※ 円	円		
上記のとおり領収致しました。										
平成 年 月 日				住所 医師 氏名			印			