

| | | | |
|---------|------|------|---|
| 決定 伺 | 常務理事 | 事務局長 | 係 |
| | | | |

*印の欄をすべてご記入ください

| |
|-----------|
| 支 給 年 月 日 |
| 令和 年 月 日 |

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------|------|---|---|-----|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | | | 保 険 者 番 号 | | | 3 | 3 | 3 | 0 | 3 | 9 |
| 受 給 者 番 号 | | | | | | | | | | 現 休 険 者 等 の 記 号 番 号 | 岡303 | — | — | () | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|------------------------|---------------------|----------------|---------|-----|----------------|-------|------------|----|-----|
| 療養を受けた 被保険者氏名 | * | | | | | * 昭・平・令 年 月 日生 | * 男・女 | 続柄 | | |
| 傷 病 名 | * | | | | | 発病又は 負傷年月日 | 年 月 日 | | | |
| 療 養 期 間 (必ずご記入ください) | * | 令和 年 月 日から | 療 養 に 要した費用 | | | 療養の給付 | 円 | | | |
| | | 令和 年 月 日まで (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 ことができなかった理 由 | | | | | | 第三者行為によるものか | | | | |
| | | | | | | * はい ・ いいえ | | | | |
| 種 別 区 分 * | 1 | | | | 2 | 3 | 4 | 5 | 7 | 8 |
| (該当番号に○印) | 1 医 | 3 歯 | 4 調 | 1 海外療養費 | 補装具 | 柔道 | マッサージ | ハリ・ キユウ | 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。

* 令和 年 月 日 組合員 * 住所 _____
* 氏名 _____
中四国薬剤師国民健康保険組合 殿 * 電話 _____

この支払金は下記の預金口座へ振り込み願います。

- * 公金受取口座を利用する (利用する者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 (振込先を下記へご記入ください)

| | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------------|----------------------|---------------|----|-----------|--|--|--|--|--|--|
| * | 銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 | 店 支店 出張所 支所 | * 預金 種別 | 普通 | 口座番 号 | | | | | | |
| | | | | 当座 | 口座名 義人 | | | | | | |
| | | | | | (カナ) | | | | | | |
| | | | | | (漢字) | | | | | | |

(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 | 男 | 平成 | 令和 | 年生 | 4 | 退職 | 2 | 2併 | 2 | 本外 | 6 | 家外 | 8 | 高外 | 一 |
| | | | | 平 | 和 | | | | 3 | 3併 | 3 | 六入 | | | 9 | 高入 | 7 |
| | | | | 令 | 和 | | | | 4 | | 4 | 六外 | | | 0 | 高外 | 7 |
| 傷病名 | (1) (2) (3) | 診療 開始日 | (1) (2) (3) | 年 年 年 | 月 月 月 | 日 日 日 | 転 帰 | | | 診療 実日数 | 保 険 | 公 費 | ① | 日 | | | |
| | | | | | | | 治 ゆ | 死 亡 | 中 止 | | 公 費 | ② | 日 | | | | |
| 令和 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 | × | 回 | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑬医学管理 | 外来管理加算 | × | 回 | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑭在宅 | 時間外 | × | 回 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 休日 | × | 回 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 深夜 | × | 回 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 往診 | | 回 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 夜間 | | 回 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 深夜・緊急 | | 回 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 在宅患者訪問診療 その他 薬剤 | | 回 | | | | | | | | | | | | | |
| 90 入院 | ⑯内服 | 薬剤 | | 単位 | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑰外用 | 調剤 | × | 回 | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑱処方 | 薬剤 | | 単位 | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑲麻毒 | 調剤 | × | 回 | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑲調基 | 調剤 | × | 回 | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑳注射 | ⑳皮下筋肉内 | | 回 | | | | | | | | | | | | | |
| | | ㉑静脈内 | | 回 | | | | | | | | | | | | | |
| | | ㉒その他 | | 回 | | | | | | | | | | | | | |
| | ㉔処置 | 薬剤 | | 回 | | | | | | | | | | | | | |
| | ㉕手術 麻酔 | 薬剤 | | 回 | | | | | | | | | | | | | |
| ㉖検査 | 薬剤 | | 回 | | | | | | | | | | | | | | |
| ㉗画像 診像 | 薬剤 | | 回 | | | | | | | | | | | | | | |
| ㉘その他 | 処方せん | × | 回 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 薬剤 | | 回 | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養の 給付 | 請求点 | ※決定点 | 負担金額 | 円 | | | | | | | | | | | | | |
| | 公費① | 点 | 点 | 円 | | | | | | | | | | | | | |
| | 公費② | 点 | 点 | 円 | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり領収いたしました。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 保険医療機関 の住所及び名 称 保険医師名 ㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | |