

国民健康保険療養費支給申請書

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---------|----------------|-------|----------|------|----------|
| 被保険者番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 原書番号 | 1 | 受付年月日 | 令和 年 月 日 | 整理番号 | |
| フリガナ | コクホ ハナコ | | | | | | | 医療種別 | 国保 1 | 退職 | 本人3 扶養4 | 割合 | 7割 8割 9割 |
| 被保険者氏名 | 国保 花子 男1 | | | | | | | 世帯主との続柄 | 妻 | 福祉医療 | 老人 乳児 | 重度障害 | 母子 子ども |
| (患者名) | | | | | | | | 公費 | 公費番号 | 受給者番号 | | | |
| 生年月日 | 3昭 4平・5令 ××年 ×月 ×日 女2 | | | | | | | 国保資格取得日 | 3昭・4平・5令 年 月 日 | | | | |
| 住民コード・員番 | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者の個人番号 | ×××× ×××× ×××× | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|----------------------------|--------|--|-------------------|---------|--------|
| 病院、診療所、薬局 その他の者の名称及び所在地 | 別紙のとおり | | 医療機関コード | 高齢区分 | 低I・低II |
| 従事した医師、歯科医師 又は薬剤師の氏名 | 別紙のとおり | | 交通事故等による 第三者行為 | 1 有 2 無 | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|-------------------|----|-------|------|----|---------|----------------|---------------|----|------|-------|------|-------|--|
| 種類 | | | | | | | | 表別 | | | 入院 | | 外来 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 7 | 8 | 1 | 3 | 4 | 1 本入 | 7 高入一 | 2 本外 | 8 高外一 | |
| 一般診療 | 治療用 | 柔整 | アンマ | ハリ・灸 | 移送 | その他 | 内科 | 歯科 | 調剤 | 3 六入 | | 4 六外 | | |
| 国内海外 | 装具 | | マッサージ | | | (食事・高齢) | | | | 5 家入 | 9 高入7 | 6 家外 | 0 高外7 | |
| 傷病名 | | | | | | | 療養期間 (入院期間) | 令和 年 月 日から 日間 | | | | | | |
| 負傷年月日 | 4平成 年 月 日 | | | | | | 療養に要した費用 | 審査決定金額 | | | | | | |
| ハリ・灸・アンマ マッサージ | 初検日 | | | | | | | | | | | | | |
| | 4平成・5令和 年 月 日 第 回 | | | | | | | | | | | | | |

明石市長 様

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。
 なお、支払いは、下記の名義人の預金口座へ振り替えてください。
 申請者と口座名義人が異なる場合は、口座名義人に受領委任します。
 また、未納保険料がある場合は、保険料に充当することを了承します。

〒 673 - 8686

令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日

| | | | |
|--------------|----|-------------|-------------------------------|
| 申請者 (世帯主) | 住所 | 明石市中崎1丁目5-1 | |
| | 氏名 | 国保 太郎 | 電話 (078) 912 - 1111 |
| 来庁者 | 氏名 | 国保 花子 | 世帯主との続柄 妻 電話 (078) 912 - 1111 |

※別世帯の方が申請を行う場合は、委任状が必要です。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|----------------|------|---------|--|--|-------|-------|--------|--|--|-----|--|--|--|
| 申請者の個人番号 | | | | | | | 保険者番号 | 280040 | | | | | | |
| 受取方法 | 銀行コード | | | | | 支店コード | | | | | 金額欄 | | | |
| 口座振込窓 | ゆうちょ 銀行 四三八 支店 | | | | | | | | | | | | | |
| 預金種別 | 普通当座 | 口座番号 | 1234567 | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | コクホ タロウ | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | 国保 太郎 | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------|----|-----|------|--------|---|----|-----------|--|--|--|--|--|
| 下記のとおり決定します。 | | | | | | | 海外療養費 | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | | 渡航先国名 () | | | | | |
| 総療養費 | | | | 支給決定金額 | | | 通貨単位 () | | | | | |
| 決裁 | 課長 | 副課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 | 受付 | 未納保険料 有・無 | | | | | |

| | |
|-------------------|--|
| 発病又は負傷の原因 | |
| 傷病の経過 | |
| 診療、薬剤の支給又は手当の内容 | |
| 医療を受けることができなかった理由 | (減額認定証を提出できなかった理由) 1. 緊急入院のため 2. 月の途中で長期入院に該当したため 3. その他()) (高齢者差額発生の理由) 1. 世帯異動等にもなう給付割合の変更があったため 2. その他()) |

注) 添付書類

- ア. 一般診療：領収明細書(レセプト等)、領収書
 - イ. 海外療養費：診療内容明細書、領収明細書、日本語翻訳文
 - ウ. 治療用装具：医師の意見書、領収書、領収明細書
 - エ. アンマ・マッサージ
ハリ・灸：医師の同意書、領収明細書
 - オ. 移送：医師の意見書、領収書
 - カ. その他：医師の意見書(同意書)、領収明細書(レセプト等)、領収書
- ※ 必要に応じて上記以外の書類を添付していただく場合があります。
- ※ 一般診療の申請書は、レセプト1枚につき1枚記入する。
 食事差額の申請書は、医療機関ごとに1枚記入する。
 高齢者差額の申請書は、月ごと医療機関ごとに1枚記入する。

<事務処理欄>

●食事療養(生活療養)差額申請

| 申請種別 | | 減額認定証交付 | 発効期日 | | 長期該当開始日 |
|-------------|-------------------------|---------|------|-------|-------------------------|
| 食事療養費・生活療養費 | | 有・無 | 令和 | 年 月 日 | 令和 年 月 日 |
| 入院期間 | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで | | | | 標準負担額 円 |
| 療養負担額 | 標準負担額 | 円× | 回= | 円 A | 支給額 (A+B)-(C+D) 円 |
| | 負担額 | 円× | 回= | 円 B | |
| | 減額負担額 | 円× | 回= | 円 C | |
| | 負担額 | 円× | 回= | 円 D | |

●高齢者差額療養費申請

| 決定点数 | 保険者負担額(本来) | 8割・7割 | 保険者負担割合(レセプト) | 8割・7割 | 支給金額 |
|------|------------|-------|---------------|-------|------|
| 点 | | 円 | | 円 | 円 |

| | |
|------|---|
| 本人確認 | 1. (番号カード・免許証・パスポート・住基カードB・障害者手帳)(その他) 2. (保険証・年金証書・高齢受給者証・預金通帳)(社員証・学生証・開き取り)(その他) |
| 番号確認 | <input type="checkbox"/> 本人自筆(番号カード確認) <input type="checkbox"/> 職員補記() <input type="checkbox"/> その他() |