

# 国民健康保険療養費支給申請書

## 割

被保険者証の記号番号	井福		療養を受けた被保険者氏名	昭平令				世帯主との続柄	
傷病名	入外区分		個人番号	年	月	日生			
	入・外			令和	年	月	日から		
発病負傷年月日	令和 年 月 日		療養期間	令和	年	月	日まで	日間	
療養、薬剤の支給又は手当てを受けた病院、診療所、薬局、その他の者の所在地及び名称									
療養の給付を受けることができなかった理由	発病の原因		療養に要した費用				審査額		
							※		
第三者行為(交通事故等)による負傷の有無(どちらかに○)	有・無		療養内容				支給額		
							※		
振込先	銀行		支店		普通・当座				
	信金		支所						
	農協		出張所						
口座番号			フリガナ						
			口座名義						
この給付金の受領を、振込先名義人に委任します。									
申請者(世帯主)の氏名 <span style="float: right;">(印)</span>									

上記のとおり、別紙証拠書類を添えて療養に要した費用の支給を申請します。

令和 年 月 日

住所  
申請者  
(世帯主) 氏名

個人番号

(電話 )

福井市長あて

1 入院	5 家入	9 高入7
2 外来	6 家外	0 高外7
3 未就学児入	7 高入8	
4 未就学児外	8 高外8	

受付	滞納	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> 代理人	① 世帯主の番号確認 ② 窓口に来た人の身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運免 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 未
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				

医療等の状況 (診療報酬領収済明細書) 令和 年 月分

氏名			男	昭平令			生
			女				
傷病名	(1)	診療開始日	(1)	年	月	日	診療実日数 日
	(2)		(2)	年	月	日	
	(3)		(3)	年	月	日	(1) 治ゆ (2) 死亡 (3) 中止

① 初診	時間外・休日・深夜	回	点
⑩ 診察	⑫ 再診 外来管理加算 時間外 休日 深夜	× × × × ×	回 回 回 回 回
	⑬ 指導		回
	⑭ 往診 夜間 深夜・緊急		回 回 回
⑳ 投薬	⑲ 内服		単位
	⑳ 外用		単位
	㉑ 処方		単位
	㉒ 麻薬		単位
	㉓ 調剤		単位
	㉔ 処方		単位
	㉕ 調剤		単位
㉖ 注射	㉗ 皮下		回
	㉘ 筋肉		回
	㉙ 内服		回
㉚ 処置	㉛ 薬剤		回 回 回
	㉜ 薬剤		回 回 回
㉝ 手術	㉞ 薬剤		回 回 回
	㉟ 薬剤		回 回 回
㊱ 検査	㊲ 薬剤		回 回 回
	㊳ 薬剤		回 回 回
㊴ 画像			回 回
㊵ その他			

㊶ 入院	入院年月日	平成	年	月	日
	病診衣	入院料	×	日間	点
		入院料	×	日間	
		入院料	×	日間	
		入院料	×	日間	
	特定入院料・その他				

㊷ 食事	基準	合計	医療の給付	請求	決定
	円×日間		点	※ 10円 × 点 × $\frac{1}{10}$ = 円	
	円×日間	食事療養	円	円	円
	円×日間		円	円	円

上記のとおり相違ありません。( 床)  
 令和 年 月 日 療養取扱機関の所在地及び名称  
 福井市長 あて

