

国民健康保険療養費支給申請書

宇治市長 宛て

年 月 日

申請者(世帯主) 住所 _____

氏名 _____ (印)

個人番号 _____

次のとおり国民健康保険療養費を申請します。

(電話 - -)

被保険者証記号番号	宇	—	個人番号				
療養を受けた被保険者名	氏名				生年月日	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	
	資格種別	一般	未就学児		公費	無	
		退職	家族本人	前期高齢		7・8・9割	①老人 ②障害者 ③一人親 ④子育て
療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間						
療養に要した費用	円						
病院・診療所・薬局等の名称・所在地	名称						
	所在地						
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師、薬剤師の氏名							
療養の給付等を受けることができなかった理由	1. 緊急により被保険者証を提示できなかったため			傷病名			
				傷病の原因	①一般疾病 ②労災関係 ③第三者行為(交通事故等)		
	2. 治療用装具を作製したため			発病又は負傷の年月日	年 月 日		
				傷病の経過			
3. その他 ()			療養の内容	1. 医科入院・入院外・歯科・調剤 2. 柔道整復 3. 鍼灸 4. あん摩・マッサージ 5. 治療用装具 6. その他()			
支払い方法等	＜受取金融機関の名称(世帯主名義の口座)＞						
1. 窓口払 2. 口座振込 3. 委任払 4. 充当	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所	口座種別	1. 普通 2. 当座 3. その他		
	口座番号	口座名義(カナ)					
※世帯主以外の方の口座に振込みをされる場合 本申請に基づく療養費の受領に関する権限を代理人に委任します。							
年 月 日		世帯主 氏名 _____ (印)					
		代理人 住所 _____					
		氏名 _____ (印)					

受付 _____ 年 月 日

必要書類

治療用装具	領収書	医師の意見書	装着証明書	装具仕様書(明細)	弾性着衣等	領収書	装着指示書
一般診療(自費負担)	領収書	診療報酬明細書 ※会計時にもらう「診療明細書」ではありません		治療用眼鏡・コンタクト	領収書	作成指示書	患者の検査結果
海外療養費	領収書	診療内容明細書・領収明細書 ※外国語の場合は翻訳が必要		パスポート ※渡航先、渡航期間が確認できるもの	調査にかかわる同意書・誓約書		
※靴型装具(治療用装具)	上記の治療用装具申請に必要な書類		装具の写真(原則:装具を装着しているもの)				

※高齢受給者証不提示等による差額(3割→1割もしくは2割)申請に必要なものは領収書のみ

(裏面)

領収明細書

金

円也

(ただし下記明細書のとおり)

患者氏名				男女	年	月	日生		
傷病名	(1)	(2)	(3)	診療開始日	(1)年	月	日 診療実日数		
					(2)年	月	日		
					(3)年	月	日		
	診療の内容			審査	転帰				
診察料	初診	時間外・深夜	回	点	点	治癒	死亡	繰越	中止
	再審	時間内	回			摘要			
		時間外	回						
		深夜	回						
		内科加算	回						
往診	普通	・夜間・深夜	回						
	難路	・暴風雨雪	回						
	同一家屋		回						
投薬料	内服	調・薬	回						
		処方	×	回					
	屯服	調・薬	回						
		処方	×	回					
	外用	調・薬	回						
		処方	×	回					
注射料	皮下	筋肉内	回						
	静脈	内	回						
	その他		回						
処置料									
手術 麻酔料									
検査・ レント ゲン料									
その他									
入院料	病診	×	日			食事	基準	円×	回
								円×	回
								円×	回
合計						※決定	_____		

上記のとおり領収しました。

年 月 日

所在地

病院又は診療所 名称

電話(- -)

氏名

印