

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 _____

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	字 一	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・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	
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	
	2. 治療用装具を作製したため	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)
		発病又は負傷の年月日	年 月 日
	3. その他 ()	傷病の経過	
		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	本店	口座種別	1. 普通 2. 当座 3. その他
	信用金庫	支店		
	農協	出張所		
	口座番号	口座名義(カナ)		
		口座番号		

※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 _____

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

(ただし下記明細書のとおり)

金 円也

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		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												
		時間外	回												
		深夜	回												
		内科加算	回												
往診		普通・夜間・深夜	回	点	点	摘要									
		難路・暴風雨雪	回												
		同一家屋	回												
			回												
投薬料	内服	調・薬	回	点	点										
		処方 ×	回												
	屯服	調・薬	回												
		処方 ×	回												
注射料	外用	調・薬	回	点	点										
		処方 ×	回												
	皮下筋肉内		回												
処置料		静脈内	回	点	点										
		その他	回												
			回												
手術				点	点										
麻酔料															
検査・レントゲン料															
その他				点	点										
入院料	病診	×	日							点	点	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