

国民健康保険 療養費 特別療養費 支給申請書

区分	一般 退職	被保険者証の記号番号	61-	宛名番号	
----	-------	------------	-----	------	--

療養を受けた被保険者氏名		個人番号	
傷病名	※交通事故の有無 (有・無)	療養期間	平成 年 月 日から
発病、負傷年月日	平成 年 月 日		年 月 日まで

診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地	
--	--

診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名印	
-----------------------------	--

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	
		傷病の経過			
		療養内容			円

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。

平成 年 月 日

世帯主 住所 粕屋町 _____

氏 名 _____ (印)

個人番号 _____

電話番号 _____

粕屋町長殿

振込先	銀行	支店	預金種目	口座番号	口座名義 (カタカナ)	受領者
	農協		普通			世帯主
	信金	支所	当座			代理人
	信組					相続人

充当	振込金額		円
	税充当額		円
	合計		円

上記のとおり処理されることを承諾します。

世帯主氏名 _____ (印)

代理人
住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

本申請に係る療養費の受領について上記代理人に委任します。

世帯主氏名 _____ (印)

処理欄	年齢区分	負担割合	他公費	資格 <input type="checkbox"/>	〈備考〉		
	就学前 一般 前期 (70未満) 前期 (70以上)	1割	子ども	収納 <input type="checkbox"/> 充当 支給	指定公費	円	受付者
		2割	ひとり親		支給決定額		
		3割	障害者				円

領 収 書

一 金 円 也

上記のとおり領収しました

平成 年 月 日

住所
医師 氏名

⑩

被保険者

殿

傷病名

診療
開始日

平成 年 月 日

初診	時間外・深夜	点	診療実日数	転 帰						
再 審	時間内 時間外 深夜		日	治 ゆ	死 亡	繰 越	転 医	中 止	外 来 へ	
往 診	普通・難路 夜間・暴風雨雪 同一家屋									
指 導										
投 薬	内 服 { 一 剤 二 剤 頓 服 外 用 調 剤									
注 射	皮下筋肉内 静 脈 内									
検 査	薬 剤									
レ ン ト ゲ ン	透 視 造 影 剤									
処 置 及 び 手 術	材 料 麻 酔 薬 剤									
そ の 他										
入 院	入院年月日	年 月 日								
	病 院	基 食	看 1							
			看 2							
	診 療 所	普 食	看 3							
食 無		寝								
	その他加算									
合 計										

1.2. 甲 乙 の 一、二 採用の医療機関（番号を○で囲んで下さい）

お願い 『医師各位へ』 お手数ながら診療内容とその金額を御記入願います。なおできるなら点数で御記入下さるようお願い致します。