

国民健康保険療養費支給申請書					
被保険者証 記号・番号	波一				
療養を受けた 被保険者氏名	個人番号				続柄
	生年月日	年	月	日	
傷病名	療養期間	年 月 日から			
発病、負傷 年 月 日		年 月 日まで 日間			
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		第三者行為		有 ・ 無	
療養の給付を 受けることが できなかった 理由	①補装具制作者が医療機関 でなかったため	発病の 原因	療養に要した費用	円	
	②被保険者証を携帯してい なかったため	傷病の 経過			
	③その他(下記のとおり)	療 養 内 容			
		銀行	ふりがな		
還付先口座	信用金庫	支店	普通	口座名義人	
		農協	当座	口座番号	
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。					
令和 年 月 日 (世帯主) 住 所 京丹波町 個人番号 氏 名 電話番号					
京丹波町長 様					

※処理欄 (以下は記入しないでください)

審査決定	費用額内容	日 点		円	
		保険者負担分			円
		被保険者負担分			円

※裏面もご利用ください。

※以下の欄は、診療費(調剤・食事療養・訪問看護)の支給申請の場合にのみ使用ください。

<p>領 収 明 細 書</p> <p>金 _____ 円也</p> <p>上記の金額を領収しました。</p> <p style="display: flex; justify-content: space-between;"> 年 月 日 医療機関 </p>	
--	--

診 療 内 訳

患者名		生年 月 日	年 月 日生
傷病名	診療 期間	年 月 日から 年 月 日まで	数 実 日 日
種 目 ・ 回 数		金 額	薬名・用量等の明細
初 診	時間外・深夜・休日 回	円・点	
再 診	回		
	時間外・深夜・休日 回		
往 診	回		
指 導	回		
投 薬	内 服 単 位 回		
	処 方		
	屯 服 単 位 回		
	処 方		
注 射	外 用 単 位 回		
	処 方		
	皮下筋肉内 回		
	静 脈 内 回		
	そ の 他 回		
処 置	回		
手術・麻酔	回		
検 査	回		
	回		
レントゲン	回		
そ の 他	回		
入 院			
室 料 ・ 看 護 料	食有 回		
給食料・医学管理料	食無 回		
合 計		円	

病院・診療所
 基食・普食・基寝
 看特2・看特1・看1・看2・看3