

国民健康保険療養費支給申請書									
被 保 険 者 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			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いため		発 病 の 原 因			療養に要した費用	円		
	②資格確認書等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						
還付先口座	銀行 _____信用金庫_____支店 農協		普通 当座	ふりがな 口座名義人_____ 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。 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。

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			実 日 数	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								
	処 方 回								
	屯 服 単位								
	処 方 回								
薬	外 用 単位								
	処 方 回								
注 射	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 回				病院・診療所 基食・普食・基寝 看特2・看特1・看1・看2・看3					
室 料 ・ 看 護 料		食 有	回						
給食料・医学管理料		食 無	回						
合 計				円					