

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号・番号	丹	療養を受けた 被保険者の氏 名、生年月日	昭・平	年	月	日	世帯主 との 続柄
傷病名		療養期間	平成	年	月	日から	
発病又は負 傷の年月日	平成 年 月 日		平成	年	月	日まで	
診療に従事した 者の所在地名称 及び氏名							
療養の給 付を受け ることが できなかつた理由		発病の 原因				療養に要した費用	円
		傷病の 経過					
		療養の 内容					
備考							
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請いたします。 平成 年 月 日 京丹後市長 様 印 世帯主住所 京丹後市 氏名 印 電話 (.....)							
決 定	日数		点数		単価		
	療養の給付をする場合に要する額						円
	一部負担金の額						円
差引支給額						円	

支払場所の 指定	支払指定金融機関	銀行 金庫 農協	本店	支店
	預金種別	普通・当座		
	口座番号			
	口座名義		フリガナ	

(委任の場合)

上記の療養費の受領を に委任します。

平成 年 月 日 世帯主氏名

印

(裏)

領収(診療)明細書

下記のとおり領収(診療)しました。

電話() ー

金 円也

医療機関
所在地
名称(氏名)

印

平成 年 月 日

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	
種 目		回 数		金 額	
初 診		時間外・休日・深夜		円・点	
再 診	再 診	×	回		
	外来管理加算	×	回		
	時間外	×	回		
	休日	×	回		
	深夜	×	回		
指 導					
在 宅	往 診		回		
	夜 間		回		
	深夜・緊急 在宅患者訪問診療 その他 薬 剤		回		
投 薬	内服 { 薬剤 調剤	×	単位 回		
	外用 { 薬剤 調剤	×	単位 回		
	処方	×	回		
	麻毒基	×	回		
注 射	皮下筋肉内		回		
	静脈内		回		
	その他		回		
処 置	薬 剤		回		
手 術 酔	麻 酔 薬 剤		回		
検 査	薬 剤		回		
画 診 断	薬 剤		回		
そ の 他	処方せん				
	薬 剤				
入 院	入院年月日	年 月 日			
	病 診 衣	入院料	×	日間	
			×	日間	
			×	日間	
	特 定 入 院 料 ・ そ の 他	入院時医学管理料	×	日間	
			×	日間	
		×	日間		
		×	日間		
食 事	基準	円×	日間		
		円×	日間		
		円×	日間		
合 計			円	薬剤一部負担相当金額	円

内訳書添付個所(歯科診療内容)