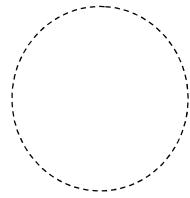


様式第5号（第14条関係）

(表)



未就学	8割
高齢2	
高齢3	7割

国民健康保険 療養費支給申請書

(年 月 診療分)

被保険者 記号・番号	田 -	療養を受けた 被保険者の氏 名・生年月日・ 個人番号			世帯主 と 続柄		
			昭・平・令 年 月 日				
			個人番号				
傷病名		発病又は負傷 年 月 日		年 月 日			
発病又は負傷の原因							
診療を受けた病院、 診療所、薬局等の 名称及び所在地		名称					
		所在地					
診療又は調剤に従事 した医師、歯科医師 又は薬剤師の氏名							
診療を受けた期間		年 月 日から 年 月 日まで	日間	療養に要した 費用		円	
療養の給付を受けることが できなかった理由				傷病の経過			
上記のとおり申請します。							
令和 年 月 日							
世帯主 住所 京田辺市							
氏名							
個人番号							
(あて先) 京田辺市長 電話 ()							

委任 の欄	この欄は給付金 の受領を人に頼 むときだけ記入 してください。	上記療養費の受領を (に委任します。	
		令和 年 月 日	世帯主氏名 印

※この欄には記入しないでください。

診療区分		国民健康保険資格確認			
入力区分		取 得	喪 失	受付者印	
		・	・		
決 裁 処 理	1 支給する	支 給 額	円		
		支給期間	年 月 分	日 間	
2 支 給 し な い	(支給しない理由)		第三者行為		
			有・無		

1 口座振込	
銀 行 信用金庫 農 協	
本 店 支 店	
普・当	番号
フリカナ	
口 座 名 義 人	
2 窓口支払	

領 収 明 細 書金 円也

上記の金額を領収しました。

令和 年 月 日

医療機関 所在地
 名 称
 氏 名

診 療 内 訳 甲・乙

患 者 名				生年月日	年 月 日生	
傷病名		診療 期間		年 月 年 月	日から 日まで	実 日 数
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				
	外 用	単位				
	処 方	回				
注	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				
レントゲン		回				
そ の 他		回				
入 院	食 有	回				
	室 料・看 護 料	食 無	回			
	給食料・医学管理料					
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	