



国民健康保険 療養費支給申請書

未就学	8割
高齢2	
高齢3	7割

(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	昭・平・令 年 月 日				世帯主 と の 続 柄	
			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			
		取 得	喪 失		
		・ ・	・ ・		
入 力 区 分		交付者印			
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
フリガナ	
口座 名義人	
2 窓口支払	

(裏)

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 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										
注 射	外 用 単位										
	処 方 回										
	皮下筋肉内 回										
処 置	静 脈 内 回										
	そ の 他 回										
	回										
手術・麻酔 回											
検 査 回											
回											
レントゲン 回											
そ の 他 回											
入 院 食有 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 食無 回											
給食料・医学管理料											
合 計				円							