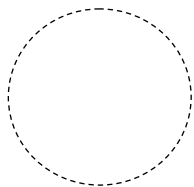


(表)

一般	未就学	7割
退職本人	高齢1, 2	8割
退職扶養	高齢3	9割



国民健康保険 療養費支給申請書

(年 月 診療分)

被保険者証 記号・番号	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(被保険者証 が使えなかった)理由	傷病の経過			
上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住 所 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。 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		退職被保険者資格確認		受付者印
	取 得	喪 失	該 当	喪 失	
入 力 区 分	
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。

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	年 月 日	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	病院・診療所 基食・普食・基寝 看特2・看特1・看1・ 看2・看3		
再 診	時間外・深夜・休日	回					
往 診		回					
指 導		回					
投 薬	内 服 処 方	単 位 回					
	屯 服 処 方	単 位 回					
	外 用 処 方	単 位 回					
	外 用 処 方	単 位 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					
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			