

国民健康保険療養費支給申請書兼請求書

診療年月(令和 年 月分)

療養等に要した費用額	円
支給金額	円
被保険者証記号・番号	高国・
世帯主氏名	
療養を受けた被保険者の 氏名・生年月日・個人番号 ※ 特別療養費及び移送費支給申請のみ 個人番号の記入が必要です。	
第三者行為又は業務上の事故	該当 (第三者・業務上) ・非該当
療養の給付等を受けることが できなかつた理由	
傷病名及びその原因	
発病又は負傷の年月日	年 月 日
傷病の経過	
療養期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
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、医師、歯科医師、薬剤師の氏名	別紙のとおり

振込先 指定 口座	受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 。利用しない場合は下記の欄を記入してください。)					
	金融機関 名称	銀行・信用金庫 農協・信用組合	銀行 コード				1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他
		本店・支店 出張所	支店 コード				
口座番号							口座名義 (カタカナ)

令和 年 月 日

上記のとおり申請します。

なお、支給方法については、上記の金融機関の口座に振込にて支払われるよう請求します。

(宛先)高槻市長

申請者 住所 _____
 (世帯主) 氏名 _____ 電話番号 _____
 個人番号 _____

委任 状 欄	令和 年 月 日	(口座名義人)
	上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を _____ に委任します。	
	委任者 住所 _____ (申請者) 氏名 _____	(委任者が手書きしない場合は、記名押印してください)

事務処理欄

本人家族区分	療養費種別	点数区分	入外区分
<input type="checkbox"/> 1 入院 <input type="checkbox"/> 2 外来 <input type="checkbox"/> 3 入院(未就学児) <input type="checkbox"/> 4 外来(未就学児) <input type="checkbox"/> 5 入院(家族) <input type="checkbox"/> 6 外来(家族) <input type="checkbox"/> 7 入院(高齢者8割) <input type="checkbox"/> 8 外来(高齢者8割) <input type="checkbox"/> 9 入院(高齢者7割) <input type="checkbox"/> 0 外来(高齢者7割)	<input type="checkbox"/> 01 一般診療 <input type="checkbox"/> 02 海外療養費 <input type="checkbox"/> 03 補装具 <input type="checkbox"/> 04 柔整 <input type="checkbox"/> 05 鍼灸 <input type="checkbox"/> 06 マッサージ <input type="checkbox"/> 07 生血 <input type="checkbox"/> 08 看護 <input type="checkbox"/> 09 移送 <input type="checkbox"/> 10 特別療養費	<input type="checkbox"/> 1 医科 <input type="checkbox"/> 3 歯科 <input type="checkbox"/> 4 調剤 <input type="checkbox"/> 6 訪問 <input type="checkbox"/> 7 鍼灸マッサージ <input type="checkbox"/> 8 柔整 <input type="checkbox"/> 9 その他	<input type="checkbox"/> 1 入院 <input type="checkbox"/> 2 外来 公費併用 <input type="checkbox"/> 1 単独 <input type="checkbox"/> 2 併用 () 支給金額 円