

国民健康保険療養費支給申請書兼請求書

記載例

診療年月(令和 年 月 日)

療養等に要した費用額		○太枠部分を記入してください。 ○個人番号は記入しなくてもかまいません。
支給金額		

被保険者証記号・番号	高国 123-456-7
世帯主氏名	高槻 太郎
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。	高槻 花子 昭和 30 年 1 月 1 日
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った理由	
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、その者の名称及び所在地、医師、歯科医師、薬剤師の氏名	○振込先口座を記入してください。

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	高槻 銀行 ・信用金庫	銀行コード	0 0 0 0
		高槻 本店 ・支店	支店コード	0 0 0
口座番号	0 0 0 0 0 0 0 0	口座名義(カタカナ)	タカツキ タロウ	

令和 **5** 年 **4** 月 **1** 日

○申請年月日を記入してください。

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
(世帯主)

住所 **高槻市桃園町2番1号**

氏名 **高槻 太郎**

電話番号 **072-674-7111**

個人番号

○申請者氏名等を記入してください。

○個人番号は記入しなくてもかまいません。

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 委任します
	○世帯主以外の方が受領される場合のみ太枠部分を記入してください。 ※その際は上記の振込先指定口座欄は口座名義人の指定する口座を記入してください。

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