

様式

常務理事	事務長	課長	担当	台帳登載	支給伝票	支給年月日	支給決定金額 円

国民健康保険療養費支給申請書

区分	1 社・国 4 退職	1 単独 2 2 併 3 3 併	1 本入 2 本外 3 六入 4 六外	5 家入 6 家外	7 高入一 8 高外一 9 高入七 0 高外七

療養年月	令和 年 月分
------	---------

公費負担者番号		保険者番号	3 3 3 0 2 1
受給者番号		被保険者 記号・番号	岡302

療養を受けた 被保険者	氏名	年 月 日生	
	個人番号	男・女	続柄

傷病名	発病又は 負傷年月日	年 月 日
-----	---------------	-------

療養期間 (必ずご記入ください)	年 月 日から	療養に 要した費用	療養の給付	円
	年 月 日まで (日間)		食事療養費	円

診療・薬剤の支給又は手当を 受けた病院・診療所・薬局等	所在地
	名称及び医師又は 薬剤師氏名

発病の原因 診療の内容 及び傷病の経過

療養の給付を 受けることがで きなかつた理由

種別 区分	1 1	3 歯	4 調	1 海外療養費	2 補装具	3 柔道	4 マッサージ	5 ハリ・ キュウ	7 移送	8 その他	99 特別 療養費	88 保険者 間調整
----------	--------	--------	--------	------------	----------	---------	------------	-----------------	---------	----------	-----------------	------------------

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙（裏面）証拠書類を添えて申請します。

令和 年 月 日 住所 _____

組合員 氏名 _____ (印)

岡山県医師 国民健康保険組合 殿 個人番号 _____

電話 () - _____

口座 情報 記入 欄	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。												
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する この支払金は下記の預金口座へ振り込み願います。												
	金融機関									支店・支所			
	預金種別	普通	当座	口座名義人(カナ)									
口座番号									口座名義人(漢字)				

(決定欄は、保険者において必ずご記入ください。)

決 定	件数	日数	点数	費用額	支給額（保険者分）	被保険者等負担分	薬剤負担	その他負担
			(食事療養費)					

氏名		男女	昭和 平成 令和	年生	1社・国 4退職	1単 2併 3併	1本 2本 3六 4六	5家 6家	7高入 8高外 9高入 0高外	世帯主	
傷病名	(1) (2) (3)	診療 開始日	(1) (2) (3)	年 月 日	実 日 数	日	転 帰	治 ゆ	死 亡	中 止	その他 世結精

年 月 分 請 求 明 細 書	⑪	初診	時間外・休日・深夜	回	公費分点数		
	⑫ 再診	再 外 来 時 休 深	再 外 来 時 休 深	診 算 外 日 夜	× × × ×	回 回 回 回	
				指 導			
				⑭ 在 宅	往 夜 深 夜 ・ 緊 急 診 問 診 察 の 他 剤	診 間 急 問 診 察	回 回 回 回
						回	
	⑳ 投 薬	② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	内 服 ・ 外 用 ・ 処 方 調 剤	薬 調 剤 調 剤	×	単 回 単 回 単 回 回 回	
				① ② ③	皮 下 筋 肉 内 筋 脈 内 他 の	回 回 回	
				④ ⑤	薬 剤	回 回	
				⑥ ⑦	手 術 麻 酔 薬 剤	回 回	
				⑧ ⑨	検 査 薬 剤	回 回	
⑩ ⑪				画 像 診 断 薬 剤	回 回		
⑫ ⑬	⑭ ⑮ ⑯	他 の 薬 剤	×	回 回			

⑨⑩	入院年月日	年	月	日
	病	診	⑨⑩ 入院基本料・加算	点
			× 日間 × 日間 × 日間 × 日間	
			⑪⑫ 特定入院料・その他	
			※高額療養費	点
			※公費負担点数	点
			※公費負担点数	点
⑬	食 事	基 準	円× 日間 円× 日間 円× 日間	今回入院年月日 年 月 日 減・免・猶・I・II・3月超

療 養 の 給 付	保 險 公 費 ①	請 求 点	※ 決 定 点	負 担 金 額	円	保 險 公 費 ②	日	請 求 円	※ 決 定 円	(標準負担額) 円
	公 費 ②	点	点	減額 割 (円) 免除・支払猶予	円		日	円	円	円
		点	点		円		日	円	円	円

上記のとおり領収致しました。

令和 年 月 日

医師 住所

氏名

印