

# 国民健康保険療養費支給申請書

被保険者番号		原書番号		受付年月日		整理番号	
		1		令和 年 月 日			
フリガナ		医療種別		退職		割合	
被保険者氏名 (患者名)		国保 1		本人3 扶養4		7割 8割 9割	
生年月日		世帯主との続柄		福祉医療		老人乳児 重度障害 母子 子ども	
3昭・4平・5令 年 月 日 女2				41・42 80・81		43・44・82・83 84・85 47・48	
住民コード・員番		公費		公費番号		受給者番号	
被保険者の個人番号		国保資格取得日		3昭・4平・5令 年 月 日			
病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地		医療機関コード		高齢区分		低Ⅰ・低Ⅱ	
別紙のとおり				交通事故等による第三者行為		1 有 2 無	
従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名							
種類		表別		入院		外来	
1 一般診療		1 内科		1 本入		2 本外	
2 治療用器具		3 歯科		3 六入		4 六外	
3 柔整		4 調剤		5 家入		6 家外	
4 アンママッサージ				7 高入		8 高外	
5 ハリ・灸				9 高入		0 高外	
6 移送							
7 移送							
8 その他 (食事・高齢)							
傷病名		療養期間 (入院期間)		令和 年 月 日から		日間	
負傷年月日		4平成 年 月 日		令和 年 月 日まで		療養に要した費用	
ハリ・灸・アンママッサージ		初検日		4平成・5令和 年 月 日 第 回		審査決定金額	
<p><b>明石市長 様</b></p> <p>上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。          なお、支払いは、下記の名義人の預金口座へ振り替えてください。          申請者と口座名義人が異なる場合は、口座名義人に受領委任します。          また、未納保険料がある場合は、保険料に充当することを了承します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>申請者 (世帯主) 住所 _____</p> <p>氏名 _____ 電話 ( ) _____</p> <p>来庁者 氏名 _____ 世帯主との続柄 _____</p> <p>電話 ( ) _____</p> <p style="text-align: center;">※別世帯の方が申請を行う場合は、委任状が必要です。</p>							
申請者の個人番号		保険者番号		280040			
受取方法		銀行コード		支店コード		金額欄	
口座振込						金	
窓 口		銀行		支店		額	
		信用(金庫・組合)		出張所		欄	
		農 協		支 所			
預金種別		普通当座		口座番号			
フリガナ							
口座名義人							
下記のとおり決定します。		令和 年 月 日		海外療養費			
総療養費		支給決定金額		渡航先国名 ( )			
受付		未納保険料		通貨単位 ( )			
あ・大・魚・二		有 ・ 無					

発病又は負傷の原因	
傷病の経過	
診療、薬剤の支給又は手当の内容	
医療を受けることができなかった理由	(減額認定証を提出できなかった理由) 1. 緊急入院のため 2. 月の途中で長期入院に該当したため 3. その他( ) ) (高齢者差額発生理由) 1. 世帯異動等にもなう給付割合の変更があったため 2. その他( ) )

注) 添付書類

- ア. 一般診療：領収明細書(レセプト等)、領収書
  - イ. 海外療養費：診療内容明細書、領収明細書、日本語翻訳文
  - ウ. 治療用装具：医師の意見書、領収書、領収明細書
  - エ. アンマ・マッサージ  
ハ リ ・ 灸：医師の同意書、領収明細書
  - オ. 移 送：医師の意見書、領収書
  - カ. そ の 他：医師の意見書(同意書)、領収明細書(レセプト等)、領収書
- ※ 必要に応じて上記以外の書類を添付していただく場合があります。
- ※ 一般診療の申請書は、レセプト1枚につき1枚記入する。  
 食事差額の申請書は、医療機関ごとに1枚記入する。  
 高齢者差額の申請書は、月ごと医療機関ごとに1枚記入する。

<事務処理欄>

●食事療養(生活療養)差額申請

申請種別		減額認定証交付	発効期日		長期該当開始日
食事療養費・生活療養費		有・無	令和	年 月 日	令和 年 月 日
入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで				標準負担額 円
療 養 負担額	標準	円×	回=	円 A	支給額 (A+B)-(C+D) 円
	負担額	円×	回=	円 B	
	減 額	円×	回=	円 C	
	負担額	円×	回=	円 D	

●高齢者差額療養費申請

決定点数	保険者負担額(本来)	8割・7割	保険者負担割合(レセプト)	8割・7割	支給金額
点		円		円	円

本人確認	1. (番号カード・免許証・パスポート・住基カードB・障害者手帳)(その他 ) 2. (保険証・年金証書・高齢受給者証・預金通帳)(社員証・学生証・聞き取り)(その他 )
番号確認	<input type="checkbox"/> 本人自筆(番号カード確認) <input type="checkbox"/> 職員補記( ) <input type="checkbox"/> その他( )