国民健康保険　療養費支給申請書兼請求書

被保険者記号・番号		療養を受けた被保険者	個人番号		
診療年月			氏名		
保険種別	一　般　退　職		生年月日		性別

医療機関等の所在地	
医療機関名及び医師名	
処方箋発行医療機関	第三者行為の有無 □有　□無
療養費種別	1. 一般診療　2. 補装具　3. 柔整　4. あんま・マッサージ　5. はり・きゅう 5. 看護　7. 移送　8. その他（　　） 9. 標準負担額差額　10 生血
点数表区分	1.医科　2.DPC　3.歯科　4.調剤　5.施設療養費　6.訪問看護
入院外来	1. 本人入院　2. 本人外来　3. 未就学児入院　4. 未就学児外来 5. 家族入院　6. 家族外来　7. 高齢入院8割　8. 高齢外来8割 9. 高齢入院7割　0. 高齢外来7割

傷病名、原因及び経過			
申請の理由			
発病・負傷日	年　月　日	療養内容	
入院年月日	年　月　日	療養期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間
同意年月日	年　月　日		

療養に要した費用		公費負担額	
保険者負担額		指定公費	
一部負担金		高額療養費	

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・（　　）本店・本所・（　　）支店・支所 出張所		
	口座種別	普通・当座・（　　）	口座番号	
	名義人（カナ）			
	名義人（漢字）			

上記のとおりに療養に要した費用に関する証拠書類を揃えて申請及び　　円を請求します。

貝塚市長　様

日付:　　年　　月　　日

申請者:　住所

個人番号

氏名

連絡先