

決 裁	町長	副町長	部長	課長	係長	担当者	支 給	決定番号	第 号
								審査決定額	円
	年 月 日 右のとおり決定してよろしいか。							療養の給付に要する費用	円
								他法負担分	円
								一部負担金 (うち薬剤一部負担金)	( 円)
								支給決定額	円
						不支給	事由		

国民健康保険療養費支給申請書 (医科, 歯科, 調剤)									
被保険者	記号	境	番号						
療養を受けた被保険者名			生年月日	年 月 日					
個人番号									
傷病名			療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間					
発病・負傷年月日	年 月 日		発病の原因						
傷病の経過			法第 64 条法第 60 条 該当の有無						
療養の内容	入院 ・ 入院外		療養に要した費用 (うち食事療養費分)	(うち 円)					
	輸血 ・ 食事の提供 その他								
診療・薬剤の支給, 手当又は食事の提供を受けた病院・診療所・薬局・その他の者の名称, 所在地									
診療又は調剤に従事した医師, 歯科医師又は調剤氏の氏名									
療養の給付を受けることができなかった理由 (治療材料を除く)									
備考									
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。 年 月 日 世帯主 住所 氏名 個人番号 電話番号 境町長 殿									

処理区分	台帳	通知	支給	療養費審査委員会処理	審査月	整理番号	審査済印

(医科)

診療内容証明書

診療期間 自 年 月 日 至 年 月 日

保 險 者 名		境 町		被 保 険 者 氏 名		( 才 )		男 女
傷病名	1 2 3	診 療 開 始 日		1 年 月 日 2 年 月 日 3 年 月 日	診 療 実 日 数		日	
診 療 内 容		一 般		摘 要		審 査 決 定		
初診	時間外 夜間		点				点	
再診		回						
往診	普通・夜間・難路 暴風雨雪同一	km 回						
指導		回						
投薬	内服一剤	日分						
	二剤	日分						
注射	頓服	回						
	外用	回						
検査	皮・筋	回						
	静・その他	回						
レント		回						
処置	点	回						
手術		回						
その他								
入院	入院料	自 月 日						
	入院医学管理料	至 月 日						
療食	基準		円					
		円 × 日間						
合計	療 養 の 給 付		点	決 定	療養の給付		点	
	食 事 療 養		円		食事療養		円	
	( 標 準 負 担 額 )		円					
薬 剤 一 部 負 担 金 額			円					

上記のとおり証明いたします。

保険医療機関等の名称  
年 月 日

所在地  
氏 名

