

様式第 19 号

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	円
								(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 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)	円 (円)
	輸血 ・ コルセット 食事の提供 ・ その他			
診療・薬剤の支給, 手当て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				
境町長 殿			世帯主 住所 氏名 個人番号 電話番号	

㊞

(歯科)

診療内容証明書

診療期間 自 年 月 日 至 年 月 日

保険者名	境 町			被保険者氏名	(歳)			男・女
傷病名部位	1 2	診療開始日			1 2	年 年	月 月	日 日
初診	時間外 深夜			摘要				
投薬	内服 × 単位 × 単位 頓服 × 単位	内服 × 頓服 ×			点			
注射	皮下(筋) × 静脈 ×	皮下(筋) × 静脈 ×						
レントゲン	診断 回 (50/100) 回	撮影 回 (50/100) 回	標準 枚 枚					
処置	普通処理 (複)		回 回					
	抜髄(単) 回	(複) 回	切断 回					
	根充(単) 回		(複) 回					
	特定薬剤							
	軟組織処置 × 回		外科後処置 × 回					
	特定薬剤							
	歯石除去 回		膿漏処置 回					
	その他							
インフレーション	ア × 回		レ × 回					
	× 回		× 回					
	硅 × 回		燐 × 回					
	× 回		× 回					
14Kポスト 個		14K複雑 個		その他の合金 個				
補てつ	義歯	床			歯			
	クラスフ	14K 個	不特 双 個	不特 レツ 個	不特 ナシ 個			
	バ	特殊 個		不銹		個		
	歯冠 継続歯	14K 個	その他の の合金 個		陶 個	レ 個		
	支台築造	セ 個	ア 個		その他の合金 個			
	金属冠	金 大小 個	パラ 大小 個		その他の合金 個			
	ダミー	14Kレンジ 前その他の合金 個		パラ 白その他の合金 個				
その他								
手術	抜歯	乳歯	前歯	臼歯	難歯			
	その他							
特定薬剤								
麻酔	伝麻 回	浸麻 回	迷もう 回	全麻 回				
その他								
食事療養 (入院期間)	年 月 日から 年 月 日まで			日間				円
合計	療養の給付			点				決定
	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。								
保険医療機関の名称				所在地				
年 月 日				氏名				