**国民健康保険療養費支給申請書兼請求書**

**柏原市**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **保険証番号** | **柏国** | **療養を受けた**  **被保険者** | **個人番号** |  | | | |
| **氏　名** |  | | | |
| **診療年月** | **平成　　　年　　　月** |
| **保険種別** | **一般　　　退職** | **生年月日** |  | **年　　月　　日** | **性別** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **医療機関等**  **の所在地** |  |
| **医療機関名**  **及び医師名** |  |
| **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**  **6.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　　　　2.本人外　　　　3.未就入　　　　4.未就外**  **5.家族入　　　　6.家族外　　　　7.高一入　　　　8.高一外**  **9.一定入　　　　10.一定外** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **傷病名、原因**  **及び経過** |  | | | | | |
| **申請の理由** |  | | | | | |
| **発病・負傷日** | **年　　　月　　　日** | | **療養期間** | | **年　　月　　日から** | |
| **療養内容** |  | | **年　　月　　日まで　日間** | |
| **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** | |  |
| **第三者行為**  **該当　　　・　　　非該当** | | **該当　　　　・　　　　非該当**  **該当　　　・　　　非該当**  **該当・非該当** | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **振　込　先** | **名称** | **銀行・信用金庫・農協** | | **本店・支店** | |
| **口座番号** |  | **口座種別** | | **普通・当座・( )** |
| **名義人（カナ）** |  | | | |
| **名義人（漢字）** |  | | | |

**上記のとおり、療養費の支給申請及び、　　　　　　　　　　円を請求します。**

**柏原市長様**

　日付：

世帯主：住所

　　　　個人番号

　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　電話番号