

国民健康保険療養費支給申請書兼請求書

記号番号	柏国	被 保 険 者 療 養 を 受 け た	氏名			
診療年月	年 月		生年月日	年	月	日
保険種別	一般 退職			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 () 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. 未就学者入院 4. 未就学者外来 5. 家族入院 6. 家族外来 7. 高齢者入院一般 8. 高齢者外来一般 9. 高齢者入院7割給 10. 高齢者外来7割給					

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	別紙のとおり		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				

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。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

柏原市長様

世帯主	住所	柏原市			
	氏名		印	連絡先	()
申請人	住所	世帯主との続柄			
	氏名		印	連絡先	()

受 付 処 理 欄

老人・母子・乳幼児・障害	現 役	一 般	II・I	個人番号	
高 割	前 期	若 人	未 就 学	備 考	受 付