

国民健康保険療養費支給申請書
兼決定書 (医科その他)

(あて先) 京都市 中京 区長

		前期高齢			未就学児
一般	7割	7割	8割	9割	8割
本人	7割	—	—	—	—
扶養	7割	—	—	—	8割

下記の申請について、 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給 を決定する。		
年	月	日
年	月	日
課長	係長	係員

記入例

被保険者証 記号・番号	京 123456-7890	申請年月日	令和5 年 5 月 1 日
申請者 (世帯主)	住所 京都市中京区寺町通御池下る下本能寺前町500-1 氏名 京都 太郎	電話	075-000-0000
療養費の支給について、下記及び裏面のとおりに申請します。			
療養の期間	令和5 年 4 月 1 日~令和5 年 4 月 1 日 (1 日間)	療養を受けた被保険者の氏名及び生年月日	昭・平・令 50 年 5 月 1 日生
		個人番号 ()	※記入は任意ですが、記入される場合は個人番号の証明書類の提示が必要です。
傷病の原因	(1) どんな用事で何をしている時 <input checked="" type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> 通勤の行き帰り <input type="checkbox"/> 仕事 (2) 本人の故意、違法行為、闘争、泥酔等の有無 <input type="checkbox"/> あり (内容) <input checked="" type="checkbox"/> なし (3) 第三者による加害行為の有無 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
京都市国民健康保険を使えなかった理由 (詳しく記入してください。)			
申請理由を記入してください。 (例) 下肢装具を購入したため。			
療養等の内容	一般・訪問看護・治療用装具・生血・移送時の医学的管理・海外	入院外来 区分	入院・外来等
療養について支払った額	2,000 円	食事療養又は生活療養に ついて支払った額	円

- (注1) 太線の中のみ記入してください。「傷病の原因」欄及び「療養等の内容」欄は、当てはまるものを選んでください。
(注2) 申請の際は、被保険者証、領収書及び預(貯)金通帳を持参してください
(注3) 請求及び受領に関する権限を委任することは、やむを得ない場合を除いてできません。
(注4) 一般・訪問看護・移送時の医学的管理の場合は、裏面又はそれに準じた別紙に病院等で明細書を書いてもらい、領収書と合わせて提出してください。
(注5) 治療用装具の場合は、治療用装具製作指示装着証明書及び領収書を提出してください。靴型装具の場合は、併せて写真を提出してください。
(注6) 生血の場合は、医師の輸血証明書及び領収書を提出してください。
(注7) 海外療養費の場合は、診療内容明細書、領収明細書、海外に渡航した事実が確認できる書類、調査に係る同意書を提出してください。
なお、診療内容明細書、領収明細書が日本語以外で書かれている場合は、日本語に翻訳し、翻訳者の住所・氏名を記載してください。
(自分で翻訳してもかまいません。)
(注8) 災害その他の政令で定める特別の事情がないのに保険料を滞納しているときは、給付の全部又は一部の支払を一時差し止めることがあります(国民健康保険法第63条の2、国民健康保険法施行令第1条の2)。
なお、保険料が完納され、又は区長が適当と認めるときは、差し止めを解除します。
(注9) 一時差止に係る給付の額から滞納している保険料を控除することがあります(国民健康保険法第63条の2)。

審査欄	<input type="checkbox"/> 支給	療養の給付	(点数) 点×10× (1-負担割合) = (A) 円
		食事療養 又は生活療養	(基準食事療養費又は生活療養) (標準負担額) (B) 円 = 円
		支給金額	(A) + (B) = 円
	<input type="checkbox"/> 不支給	理由	(金額) 円× (1-負担割合) = 円

個人番号検査書類有	受付簿	納付状況	経費支出決定	一時差止め	支出命令	滞納保険料額控除	給付記録	備考
-----------	-----	------	--------	-------	------	----------	------	----

診 療 等 の 明 細 書

傷病名											
⑪ 初診	時間外・休日・深夜	回				診療期間及び実日数		転記			
⑫ 再診	再診	×	回			年 月 日～(日)	治ゆ	死亡	中止	継続	
	外来管理加算	×	回								
	時間外	×	回			年 月 日					
	休日	×	回								
	深夜	×	回								
⑬ 医学管理											
⑭ 在宅	往診		回								
	夜間		回								
	深夜・緊急		回								
	在宅患者訪問診療		回								
	その他		回								
	薬剤		回								
⑯ 投薬	⑰内服	薬剤 調剤	×	単位							
	⑱外用		薬剤 調剤		単位						
	⑲調剤			回							
	⑳処方		回								
	㉑麻毒		回								
	㉒調基		回								
⑳ 注射	㉓皮下筋肉内		回								
	㉔静脈内		回								
	㉕その他		回								
㉖処置	薬剤		回								
㉗手麻術酔	薬剤		回								
㉘検査	薬剤		回								
㉙診画断増	薬剤		回								
㉚その他	処方せん		回								
	薬剤		回								
㉛ 入院	入院年月日	年 月 日		合 計	療養の給付	請求※	決定				
	病 診	⑩入院基本料・加算 点									
		×	日間								
		×	日間								
		×	日間								
		⑪特定入院料・その他									
㉜ 生食生活事・環境	基準	円×	回	計	食事・生活療養	円	※				
	特別	円×	回								
	食堂	円×	日								
	環境	円×	日								
						備考					
						減・長期					

この欄の記入は不要です。

年 月 日

電話 ()

医療機関 所在地
 名 称
 代表者又は
 医師氏名