

## 国民健康保険療養費支給申請書兼決定書

(あて先) 京都市長

|                                                                     |   |      |     |    |    |
|---------------------------------------------------------------------|---|------|-----|----|----|
| 下記の申請について、 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給 |   |      | 記入例 | 決定 |    |
| 年                                                                   | 月 | 日 起案 |     |    | 年  |
| 課長                                                                  |   | 係長   |     |    | 係員 |

|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 被保険者記号・番号                                                           | 京 1 2 3 4 5 6 - 7 8 9 0                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 申請年月日                   | 令和 7 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 5 0 0 - 1                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 氏名 京都 太郎                | 電話 0 7 5 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇                                                        |
| 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。                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |                                                                              |
| 療養等の期間                                                              | 令和 7 年 4 月 1 日 ~ 令和 7 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     | 京都 太郎 昭 平 令 元 年 4 月 1 日生<br>個人番号 ( )<br>※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"/> 仕事中<br>(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<br>(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。)                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |                                                                              |
| 申請理由を記載してください。<br>(例) 外出先で医療機関を受診したが、保険証等の提示又は電子的確認を受けることができなかったため。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |                                                                              |
| 療養等の内容                                                              | 一般・海外・歯科・訪問看護・医科の調剤(院外処方)・<br>歯科の調剤(院外処方)・柔道整復・はり灸・あんまマッサージ・<br>治療用装具・生血・移送時の医学的管理                                                                                                                                                                                                                                 | 入院外来<br>区分              | 入院・外来等                                                                       |
| 療養等について<br>支払った額                                                    | 2, 0 0 0 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 食事療養又は生活療養に<br>ついて支払った額 | 円                                                                            |
| 希望振込先                                                               | 京都 銀行 信用金庫 組合<br>(支店コード: 0 0 0 )                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 本店 支店 出張所<br>口座種別       | 1. 普通<br>2. 当座<br>3. 貯蓄                                                      |
| 口座番号                                                                | 1 2 3 4 5 6 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 口座名義                    | (フリガナ) キョウト タロウ<br>京都 太郎                                                     |
| ※世帯主以外の方<br>の口座への振込<br>を希望する場合                                      | 本申請に基づく療養費の受領に関する権限を代理人に委任します。<br>年 月 日 世帯主 氏名<br>代理人 住所<br>氏名                                                                                                                                                                                                                                                     |                         |                                                                              |

- (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) 一般・歯科・訪問看護・調剤・柔道整復・はり灸・あんまマッサージ・移送時の医学的管理の場合は、別紙又はそれに準じた明細書を病院等で書いてもらい、領収書と合わせて提出してください。
- (注3) 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4) 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5) 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6) 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たときは、差し止めを解除します。
- (注7) 一時差し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費) (標準負担額) (B) 円 = 円 |
|     |                              | 支給金額       | (A) + (B) = 円                      |
|     | <input type="checkbox"/> 不支給 | 点数制でないもの   | (金額) (1-負担割合) 円× = 円               |
|     |                              | 理由         |                                    |

|           |     |      |        |       |      |          |      |    |
|-----------|-----|------|--------|-------|------|----------|------|----|
| 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 |
|-----------|-----|------|--------|-------|------|----------|------|----|

