

該当の制度に
○をつけてください

該当の給付割合に
○をつけてください

機関番号

国民健康保険・退職者療養費、後期高齢者医療療養費支給申請書兼領収書

制度別	1. 国保	本人・家族	1. 本人入院	7. 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者入院	給付割合	7割
	4. 退職		2. 本人外来	8. 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来		8割
	7. 後期高齢者		3. 未就学者入院	9. 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付入院		9割
			4. 未就学者外来	0. 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付外来		
			5. 家族入院			
			6. 家族外来			

該当の区分に○をつけてください

支給期間 年 月 日 ~ 年 月 日

保険者番号 3 9 保険者番号 2 5 0 5 2 2

被保険者証の記号番号 滋 栗

被保険者番号 個人番号(マイナンバー)

市町名 栗 東 市

所在地

療養を受けた被保険者(受給者)の氏名、生年月日

氏名

生年月日

海外療養費区分 1

長期高額疾病区分 1

所得区分等

1. 低所得 I 2. 低所得 II

種類	1. 診療費	2. 補装具	4. あんま	5. はり・灸	7. 移送	8. その他
	1. 医科 3. 歯科 4. 調剤 6. 訪問看護 19. 柔整・はり きゅう・あんまマッサージ		マッサージ			

療養(医療)に要した費用

日数

金額

(請求金額)

請求金額(合計金額)を記入してください
一般診療の場合はレセプトの点数×10

* (決定金額)

* (決定金額)

* (増減)

* (増減)

補装具は記入不要です

食事・生活療養費

日数

金額

標準負担額

(請求金額)

円

* (決定金額)

円

* (増減)

円

* 返戻

傷病名

発病又は負傷の

原因
経過
年月日

年 月 日

1. 第三者行為(交通事故等) 2. その他(自損事故・疾病等)

治療・繰越・転医・中止・死亡

診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地

診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名

療養の給付を受けることができなかった理由

上記のとおり療養(医療)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

世帯主(組合員)
(受給者)

住所

電話番号 () -

氏名

印

市町(理事長)長 殿

上記支給決定額を領収致しました。

年 月 日

利用される場合は、チェックをしてください

氏名

印

☐ 公金受取口座を利用する(公金受取口座を利用する場合は、世帯主の口座に限ります。)

払渡希望機関	銀行	本店	預金の種類	口座番号	預金名義人(ふりがな)
	信用金庫				
	農協	出張所	2. 当座		

国保法第 54条
確保法第 77条

備考