

後期高齢者医療療養費支給申請書

受付日 年 月 日
 決定日 年 月 日 平成 年 月 分

保険者番号		個人番号		性別	
被保険者番号		被保険者氏名		男・女	
公費負担者番号		生年月日	1 明治・2 大正・3 昭和 年 月 日		
公費受給者番号		入 外	入院・外来	割合	7・9割

種 類	01一般診療・02海外療養費・03治療用装具・04柔道整復術・05あんま・マッサージ・06はり・きゅう 07移送費・08生血・49その他療養費・52負担割合差額・99その他差額				
傷 病 名				転 帰 治 死 中 ゆ 亡 止	
発病負傷年月日	年 月 日	療 養 期 間	年 月 日	日から	日まで
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 は薬剤師等の氏名				医療機関番号	
支給申請をした 理 由	① 医師の診断により補装具を作成装着したもの。		発病の原因		
	② 医師の同意によりあんま・マッサージ、はり・きゅうの 施術を受けたもの。		傷病の経過		
	③ その他 ()		療養内容		
備 考	年 月 日付 同意書提出済				

療養に要した費用額	円	食 事 回 数	回
審 査 認 定 額 ※	円	食 事 金 額	円
一 部 負 担 金	円	食事標準負担額	円
支 給 金 額	円		

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は()内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先	銀行 農協	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号			
	()	()	1 普通預金 2 当座預金 3 その他				
	金融機関コード	店舗コード	(フリガナ)				
			口座名義人				

上記のとおり、療養に要した費用に関する証拠書類(領収書及び診療内容の明細書)を添えて申請します。
 年 月 日

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

被保険者 (申請者) 住 所 _____
 氏 名 _____ (印)
 連絡先 _____

注 ① 傷病が第三者の行為によるときは、その旨申し出て下さい。
 ② 暦月ごとに作成して下さい。 ※印の箇所は記入しないで下さい。
 ③ 「種類」欄の「07 移送費」については、必ず個人番号を記入して下さい。

診療報酬領収明細書

平成 年 月 分

傷病名	(1)	診療開始日	(1)	年	月	日	診療実日数		
	(2)		(2)	年	月	日	転 帰		
	(3)		(3)	年	月	日	治ゆ	死亡	中止

①初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数	特記事項	
⑫再診	再診	×	回			
	外来管理加算	×	回			
	時間外	×	回			
	休日・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			
⑳投薬	⑲内服	薬調	剤	×		単位
	⑲屯服					剤
	⑳外用	薬調	剤	×		単位
					⑳調剤	
	㉑処方		×	回		
	㉒麻毒			回		
	㉓調基			回		
㉔注射	㉑皮下筋肉内		回			
	㉒静脈内		回			
	㉓その他		回			
㉕処置	薬剤		回			
㉖手術	薬剤		回			
㉗検査	薬剤		回			
㉘画像	薬剤		回			
㉙その他	処方せん		回			
㉚入院	入院年月日 年 月 日					
	病診	㉙入院基本料・加算		点		
			×	日間		
			×	日間		
	㉚特定入院料・その他					
一部負担金 円						
※高額療養費 円 ※公費負担点数 点						
㉛食事生活	㉙基準	円×	回	※公費負担点数 点		
	特別	円×	回	基準(生) 円× 回		
	食堂	円×	回	特別(生) 円× 回		
環境 円× 回 減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・3月超						

請求	点	領収金額 金 円 上記金額を領収したことを証明します。
決定	※ 点	

患者名 殿 平成 年 月 日

医療関係の所在地及び名称
代表者職氏名