

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

保険者番号		個人番号	
被保険者番号		被保険者氏名	
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治療用器具・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		<table border="1"> <tr> <th colspan="3">転 帰</th> </tr> <tr> <td>治ゆ</td> <td>死亡</td> <td>中止</td> </tr> </table>		転 帰			治ゆ	死亡	中止
転 帰									
治ゆ	死亡	中止							
発病負傷年月日	年 月 日	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間						
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							
発病又は負傷の理由	① 第三者行為(交通事故等) ② その他(自損事故・疾病等)								
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 信用金庫 信用組合 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 住所 _____
 (申請者) 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、必ず個人番号を記載して下さい。

診療報酬領収明細書

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	

⑪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							
⑯投薬	⑰その他		回							
	⑱薬剤		回							
	⑲内服	{	薬調剤	×		単位				
	⑳屯服					単位				
	㉑外用	{	薬調剤	×		単位				
	㉒調剤					回				
	㉓処方		×	回						
㉔麻毒			回							
㉕調基			回							
⑳注射	㉖皮下筋肉内		回							
	㉗静脈内		回							
	㉘その他		回							
㉙処置	薬剤		回							
㉚手術	薬剤		回							
㉛検査	薬剤		回							
㉜画像	薬剤		回							
㉝その他	処方せん		回							
㉞入院	入院年月日 年 月 日									
	病診	㉟入院基本料・加算		点						
			×	日間						
			×	日間						
	㊱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			
					㊲基準	円×	回	*公費負担点数 点		
					食事・生活	円×	回	基準(生)		円×
					特別	円×	回	特別(生)		円×
					食堂	円×	日	減・免・猶・I・II		3月超
					環境	円×	日			

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

患者名 殿 年 月 日

医療機関の所在地及び名称
代表者職氏名

