

決 裁	理事長	副理事長	事務長	係	納付台帳	台帳照合	受 付
	下記の金額を支給決定してよろしいか						
		決定年月日 令和 年 月 日					
		支払年月日 令和 年 月 日					
金		円					

※黒ボールペン(消えないペン)で太枠内のみご記入ください。

療 養 費 支 給 申 請 書							
被 保 険 者 記 号 番 号	衣 国						
療 養 者 関 係 事 項	療養を受けた 被保険者氏名				組合員との 続 柄		
	療養を受けた者の個人番号 (マイナンバー)						
	傷 病 名				発病・負傷 年 月 日		
	療 養 期 間	年 月 日から			日間		
	年 月 日まで						
	療養の給付を 受ける事が 出来なかった理由						
病院・診療所の所在地 名称及び療養担当者氏名							
傷病・発病の原因		1：第三者行為(交通事故、けんか等)			2：業務上の事故		
		3：その他 ( )					
傷病の経過 及び療養内容							
療養に要した費用							
備 考							
上記のとおり療養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。							
令和 年 月 日							
住 所							
組 合 員 氏 名		ⓐ					
電 話							
個人番号 (マイナンバー)							
大阪衣料品小売国民健康保険組合 殿							

振 込 口 座	金融機関名			支 店			
	種 別	1 普通	2 当座	口 座 名	(カナ)		
	口座番号				(漢字)		

## 療養費明細並に領収書 (医科入院外)

患者氏名		男 女	昭 平 令	和 成 和	年	月	日生
傷 病 名				転 帰			
①				治癒	中止	繰越	転医 死亡
②				治癒	中止	繰越	転医 死亡
③				治癒	中止	繰越	転医 死亡
診 療 期 間				診 療 実 日 数			
①	年	月	日	～	年	月	日
②	年	月	日	～	年	月	日
③	年	月	日	～	年	月	日
診 療 の 内 容				公費分点数	摘 要		
初 診 料		回 点					
再 診	再 診	×	回				
	外来管理加算	×	回				
	時 間 外	×	回				
	休 日	×	回				
	深 夜	×	回				
医 学 管 理							
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 薬 剤							
投 薬	内 服 薬 剤	×	単 位				
	内 服 調 剤	×	回				
	頓 服	×	単 位				
	外 用 薬 剤	×	単 位				
	外 用 調 剤	×	回				
	処 方	×	回				
麻 毒 基							
注 射	皮下筋肉内		回				
	静 脈 内		回				
	そ の 他		回				
処 置	薬 剤		回				
手 術	薬 剤		回				
検 査	薬 剤		回				
画 像	薬 剤		回				
そ の 他	処 方 せ ん		回				
	薬 剤						
合 計	円		点				
(上記のうち、公費負担額 円)							

上記のとおり領収(診療)したことを証明いたします。

令和 年 月 日

医療機関 所在地  
名 称  
医師氏名  
電話番号

(印)