

# 国民健康保険療養費支給申請書記載要領

1. 保険者番号 : 保険者番号を記載して下さい。
2. 記号・番号 : 被保険者の記号・番号を記載して下さい。
3. 公費負担者番号・  
受給者番号 : 公費併用の場合に記載して下さい。
4. 個人番号 : 個人番号（マイナンバー）を記載して下さい。
5. 被保険者名 : 療養を受けた人の名前を記載して下さい。
6. 生年月日 : 該当の年号に○をして年月日を記載して下さい。
7. 性別 : 該当の性別に○をして下さい。
8. 日数 : 療養にかかった日数を記載して下さい。
9. 入院外来 : 該当の区分に○をして下さい。
10. 食事回数 : 食事がある場合に記載して下さい。
11. 保険制度 : 該当の保険制度に○をして下さい。  
退職の場合は、退職本人または退職扶養に○をして下さい。
12. 高齢者・乳幼児 : 前期高齢者又は3歳未満者の場合に、該当する方に○をして下さい。
13. 診療年月 : 診療した年月を記載して下さい。
14. 療養費種別 : 該当の種別に○をして下さい。  
海外療養費の場合は、海外療養費欄にも○をして下さい。
15. 給付割合 : 該当する割合に○をして下さい。（組合・前期高齢者等8割）
16. 療養期間 : 療養した期間を記載して下さい。
17. 傷病名 : 傷病名を記載して下さい。
18. 診療を受けた医療機関  
等の所在地及び名称 : 医療機関名及び所在地を記載して下さい。
19. 申請の理由 : 理由を記載して下さい。
20. 診療・調剤又は、手当  
てに従事した医師等の  
名称 : 医師名等を記載して下さい。
21. 疾病コード・  
受領委任コード : 記載の必要はありません。
22. 機関コード : 県番号・点数表区分・医療機関番号の10桁を記載して下さい。
23. 発病又は、負傷の原因 : 負傷の理由を記載して下さい。
24. 長期 : 長期高額に該当する場合○をして下さい。
25. 療養に要した費用(A) : 療養に要した総額を記載して下さい。
26. 薬剤一部負担金 (B) : 薬剤の負担金がある場合のみ記載して下さい。
27. 患者負担額 (C) : 患者が負担すべき額を記載して下さい。
28. 食事に要した費用(D) : 食事基準額を記載して下さい。
29. 食事標準負担額 (E) : 食事標準負担額を記載して下さい。
30. 支給額 : 保険者で記入して下さい。
31. 審査会認定 (A)(D) : 記載しないで下さい。
32. 振込先 : 保険者の必要に応じて記載して下さい。
33. 申請欄 : 必ず記載して下さい。（申請書は患者1人につき1枚添付して下さい。）