

【「療養費支給申請総括票(Ⅰ)」の記載方法】

後期高齢者医療被保険者分として、後期高齢者医療、原爆、公費負担医療の順にご記載いただきます。

次に、国民健康保険一般、原爆、公費負担医療の順に各々保険者番号順にご記載ください。

提出年月を記入ください。

令和 年 月 分

療養費支給申請総括票(Ⅰ)

(請求者) 登録記号番号

施術管理者名

施 術 所 名

施術管理者である届出者名をご記入ください。

保険者(公費実施者)番号順に保険者(公費実施者)名併せて以下の制度名の記入をお願いします。

- ・ 後期高齢者の場合
- 39 (後期高齢者)
- 19 (原爆医療費)
- 80 (障がい者医療費)
- 82 (ひとり親家庭医療費)
- ※ 原爆医療費の場合、実施者名は「大阪府」と記入ください。
- ・ 国民健康保険の場合
- 00 (一般)
- 19 (原爆医療費)
- 80 (障がい者医療費)
- 82 (ひとり親家庭医療費)
- 86 (乳幼児医療費)

保険者名等	本人		家族		計	
	件数 件	費用額 円	件数 件	費用額 円	件数 件	費用額 円
大阪府広域連合 後期 若しくは 39						
↓ ↓						
岸和田市 一般 若しくは 00						
↓ ↓						
大阪建設国保組合 一般 若しくは 00						
大阪府 原爆 若しくは 19						
岸和田市 障害 若しくは 80						
↓ ↓						
堺市 障害 若しくは 80						

(通信欄)
 まず、後期高齢者分を記載し、次に後期高齢者の19、80、82の順にご記載ください。
 その後に、国民健康保険の一般分、19、80、82、86をそれぞれ保険者順にご記載ください。