

心身障害者・小児・ひとり親家庭等 医療費給付申請書

年 月 日

市町村長 殿

下記のとおり、医療費の給付を申請します。

なお、受給資格の確認に必要な場合、公簿により私の世帯の所得並びに国民健康保険及び後期高齢者医療制度の加入状況を確認されることを承諾します。

申請者氏名	印		受給資格者との続柄		
申請者住所	〒		TEL	()	
受給資格者	フリガナ			受給資格者の生年月日	明昭 年 月 日
	氏名			大平	
	加入保険者名(会社名)	保険記号番号	単県公費受給資格者番号		

診療(調剤)報酬・訪問看護療養費領収証明書					医 歯 薬 訪	
年 月分		保険者番号			給付割合	9 8 7 ()
被 保 険 者 番 号						
入外区分	公費区分	公費番号	診療日数	請求点数(金額)	一部負担金額	患者窓口負担額(保険分)
入院 外来	保険		日	点・円	円	円
	公費		日	点・円	円	
	公費		日	点・円	円	
	公費		日	点・円	円	
フリガナ			男 医療機関(薬局・訪問看護ステーション)の所在地・名称・氏名	医療機関等コード()		
患者氏名			女	印		

口座番号	金融機関の名称	()銀行・信用金庫・農協()本店・支店・支所	
	口座種別と番号	普通預金	口座番号
	フリガナ		
	名 義 人		

市町村記入欄	診療年月	受給資格者番号					
	医療機関等コード	入外					
	加入保険者番号	被保険者番号					
	決定点数(金額)						
	性別	生年月日	日数	給付割合			
	総医療費 (A)	窓口負担額 (B)	高額療養費自己負担限度額 (C)	他法公費自己負担額(月額) (D)	単県公費一部負担額(月額) (E)	単県公費償還給付額 (F)	
	円	円	円	円	円	円	
決 裁	課 長	課長補佐	係 長	主 査	係	システム入力	支出命令
						月 日	月 日

(E)欄は、一部負担上限額に達しない場合はその額を記入してください。(F)欄がマイナスにならないよう留意。

(現物化されない)他法公費に該当する場合は、(F) = (D) - (E) (D)欄に他法公費番号を記入のこと。

高額療養費に該当し、他法公費に該当しない場合は、(F) = (C) - (E)

高額療養費及び他法公費に該当しない場合は、(F) = (B) - (E)