

重度心身障害者医療費支給申請書

債権者番号： (償還払分)

注 3 2 1 この申請書は、医療機関等で現金を支払った場合に使用するものです。
 必要はありません。中段診療報酬領収証明書欄は、医療機関等で記入してください。なお、「保険給付が行われることを証明する書類」を添付するときは、記入の

受給者	公費負担者番号							加入医療保険	保険者番号		
	公費負担医療の受給者番号								記号	番号	
	氏名								保険者の名称 (政・国・後)		
	生年月日			年		月			日	附加給付の有無 有・無	
	有効期限			年		月			日から	被保険者氏名	
			年		月		日まで	保険証の写しを添付いただいた場合、加入医療保険の欄は記入不要です。			

上記のとおり申請します。
 申請に当たり、重度心身障害者医療担当者が、私の高額療養費・高額介護合算療養費・療養費及び付加給付金の支給額を調査し、及び閲覧することに同意します。

廿日市市長 様
 年 月 日 申請者 住所
 氏名
 電話番号() ー

診療報酬領収証明書										
年 月 診療分							氏名			
			十	万	千	百	十	一		入院 (廿日市市重度心身障害者医療費支給条例第3条第1項第3号の該当者は除く)・入院外
保険診療総医療費 (保険診療総点数×10)									円	医科・歯科・調剤・その他
総医療費 (通院1回目)									円	診療期間 年 月 日から 年 月 日まで
総医療費 (通院2回目)									円	
総医療費 (通院3回目)									円	
総医療費 (通院4回目)									円	診療実日数 日
薬剤一部負担金									円	
領収額									円	
上記のとおり証明します。 年 月 日 医療機関名 所在地 名称 氏名										

※ここから下は記入しないでください。

	総医療費	保険給付額	公費負担額	支給決定額	薬剤一部負担金額(再掲)
年 月	外・入・薬・装・柔 円	円	円	円	円
年 月	外・入・薬・装・柔 円	円	円	円	円
年 月	外・入・薬・装・柔 円	円	円	円	円
計	円	円	円	円	円

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。