

- 重度心身障害者等
- ひとり親家庭等
- 子ども

医療費支給申請書

下記のとおり一部負担金を支払いましたので、医療費の支給を申請します。

琴平町長 様

受給者等	受給資格者証番号	
	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	
被保険者	氏 名	

年 月 日
申請者氏名

印

(医療機関等記入欄)

診療報酬等による一部負担額													
年	1 医科	3 調剤	1 社保	3 後期	1 本人	4 高齢者(1割)	7 後期(1割)						
月分	2 歯科	4 その他	2 国保	4 退職	2 就学前	5 高齢者(2割)	6 高齢者(3割)	8 後期(3割)					
区 分			入 院			入 院 外							
診療報酬点数									点				
区 分	他法負担額								点				
	保険者負担点数(高額療養分を除く)								点				
	一部負担額(本人負担額)(注1)		円			円							
	入院開始年月日 (注2)		年 月 日・継続			日							
	本月の入院継続日数及び通院日数		日			日							
証明年月日			年 月 日										
医療機関コード			医療機関等の所在地			印							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>							及び名称開設者氏名						

注1 一部負担額欄には、食事療養費及び生活療養費の標準負担額は含まれません。

注2 入院開始年月日欄には、入院開始月については入院年月日を記入し、前月から引き続き入院している場合には、継続に○印をつけて下さい。

町事務処理欄

本人負担額 (A)	高額療養 保険者負担額 (B)	附加給付額 (C)	支給決定額 (D) D=A-B-C

受付年月日	年 月 日
決 裁 年 月 日	年 月 日
支 給 年 月 日	年 月 日

決 裁					
--------	--	--	--	--	--