様式第５号（第９条関係）

□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。

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	

琴平町長　様

年　　月　　日

申請者氏名　　㊞

（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)
			2　就学前　5　高齢者(2割)
月分	2　歯科　4　その他	2　国保　4　退職	3　家族　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	点
区分	他法負担額	点	点
	保険者負担点数(高額療養分を除く)	点	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	
	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及び名称開設者氏名　　印

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					