

# 医療費支給申請書(記入例)

|                                     |             |
|-------------------------------------|-------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 乳幼児・児童医療費   |
| <input type="checkbox"/>            | 心身障害者(児)医療費 |
| <input type="checkbox"/>            | ひとり親家庭等医療費  |
| <input type="checkbox"/>            | 寡婦医療費       |
| <input type="checkbox"/>            | 指定難病医療費     |
| <input type="checkbox"/>            | 精神障害者医療費    |

※該当欄に○を付けてください。

令和●年●月●日

能美市長 宛て

受診した月と同月の申請はできません。

申請者住所 能美市 来丸町1110番地

氏名 能美 太郎

TEL (日中連絡可能な連絡先) (090) ×××× - ××××

- ・医療費支給の際、日本スポーツ振興センターへの確認を同意します。
- ・医療費支給の際、課税状況、納付状況を調査することに同意します。

書類に不備等がある場合はご連絡させていただきますので、日中連絡のつく電話番号を記入してください。

※太枠内を記入してください。(医療機関による証明は診療報酬決定額と自己負担額も記入ください。)

|            |                                            |      |                                                              |
|------------|--------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------|
| 診療を受けた人の氏名 | フリガナ...ノミ、ハナコ<br>能美 花子                     | 生年月日 | 明治・大正・昭和<br>●年●月●日<br>平成●令和                                  |
| 住所         | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ | 保険証  | 1. 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 社保 3. 長寿(後期高齢者) |
|            |                                            | 手帳等級 | 身体・療育・精神 級                                                   |

|       |                                            |           |       |                                                                   |
|-------|--------------------------------------------|-----------|-------|-------------------------------------------------------------------|
| 区分    | 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 入院外 | 歯科 調剤 その他 | 診療実日数 | 診療報酬                                                              |
| 診療期間  | 令和●年1月1日～11日                               |           | 3日    | (保険点数×<br>付加給付)                                                   |
| 医療機関名 | のみクリニック                                    |           |       | ★記入の注意点★<br>・医療機関(薬局)ごとに記入<br>・診療(調剤)月ごとに記入<br>・入院・通院・歯科・調剤を分けて記入 |

上記のとおり相違ないことを証明する。

年月日 医療機関(薬局)名

|       |              |                                           |     |                                                                                                     |          |
|-------|--------------|-------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 区分    | 入院 入院外       | 歯科 <input checked="" type="checkbox"/> 調剤 | その他 | 診療実日数                                                                                               | 診療報酬     |
| 診療期間  | 令和●年1月1日～11日 |                                           |     | 3日                                                                                                  | (保<br>付) |
| 医療機関名 | いしかわ薬局       |                                           |     | 診療日・患者名・医療機関名・保険点数・負担割合などが明記された領収書を添えて提出してください。<br>※明記された領収書がない場合は、医療機関(薬局)に証明(下記に記入・捺印)していただいで下さい。 |          |

上記のとおり相違ないことを証明する。

年月日 医療機関(薬局)名

|       |              |                                        |        |       |                          |         |
|-------|--------------|----------------------------------------|--------|-------|--------------------------|---------|
| 区分    | 入院 入院外       | <input checked="" type="checkbox"/> 歯科 | 調剤 その他 | 診療実日数 | 診療報酬決定額                  | 自己負担額   |
| 診療期間  | 令和●年2月1日～11日 |                                        |        | 2日    | (保険点数×10円)<br>※ 18,000 円 | 5,400 円 |
| 医療機関名 | ふくしデンタルクリニック |                                        |        |       | 付加給付・高額療養費・費用徴収          | 給付決定額   |

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和●年●月●日 医療機関(薬局)名 付加給付・高額療養費・費用徴収 給付決定額 円

給付決定額 件 円

受診月の翌月から数えて6箇月以内に申請してください。それを過ぎると助成を受けることができません。

※指定難病・精神障害者医療費対象の方のみ記入してください。

| 指定金融機関 | 金融機関名    | 口座番号 | 口座名義      |
|--------|----------|------|-----------|
| 1. 新規  | 銀行<br>金庫 | 普通   | フリガナ..... |
| 2. 変更  | 農協       | 当座   |           |

※振込先の口座番号が確認できる通帳又はキャッシュカードの写しを添付してください。

# 医療費支給申請書

受診者名 \_\_\_\_\_

|       |                                     |     |    |    |     |       |                 |       |
|-------|-------------------------------------|-----|----|----|-----|-------|-----------------|-------|
| 区分    | <input checked="" type="radio"/> 入院 | 入院外 | 歯科 | 調剤 | その他 | 診療実日数 | 診療報酬決定額         | 自己負担額 |
| 診療期間  | 令和 ● 年 3 月 14 日 ~ 23 日              |     |    |    |     | 10 日  | (保険点数×10円)<br>円 | 円     |
| 医療機関名 | のみ福祉病院                              |     |    |    |     |       | 付加給付・高額療養費・費用徴収 | 給付決定額 |
|       |                                     |     |    |    |     |       | 円               | 円     |

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日 医療機関(薬局)名 \_\_\_\_\_ ㊤

|       |                                     |     |    |    |     |       |                 |       |
|-------|-------------------------------------|-----|----|----|-----|-------|-----------------|-------|
| 区分    | <input checked="" type="radio"/> 入院 | 入院外 | 歯科 | 調剤 | その他 | 診療実日数 | 診療報酬決定額         | 自己負担額 |
| 診療期間  | 令和 ● 年 4 月 10 日 ~ 14 日              |     |    |    |     | 5 日   | (保険点数×10円)<br>円 | 円     |
| 医療機関名 | 同上                                  |     |    |    |     |       | 付加給付・高額療養費・費用徴収 | 給付決定額 |
|       |                                     |     |    |    |     |       | 円               | 円     |

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日 医療機関(薬局)名 \_\_\_\_\_ ㊤

|       |           |     |    |    |     |       |                 |       |
|-------|-----------|-----|----|----|-----|-------|-----------------|-------|
| 区分    | 入院        | 入院外 | 歯科 | 調剤 | その他 | 診療実日数 | 診療報酬決定額         | 自己負担額 |
| 診療期間  | 年 月 日 ~ 日 |     |    |    |     | 日     | (保険点数×10円)<br>円 | 円     |
| 医療機関名 |           |     |    |    |     |       | 付加給付・高額療養費・費用徴収 | 給付決定額 |
|       |           |     |    |    |     |       | 円               | 円     |

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日 医療機関(薬局)名 \_\_\_\_\_ ㊤

|       |           |     |    |    |     |       |                 |       |
|-------|-----------|-----|----|----|-----|-------|-----------------|-------|
| 区分    | 入院        | 入院外 | 歯科 | 調剤 | その他 | 診療実日数 | 診療報酬決定額         | 自己負担額 |
| 診療期間  | 年 月 日 ~ 日 |     |    |    |     | 日     | (保険点数×10円)<br>円 | 円     |
| 医療機関名 |           |     |    |    |     |       | 付加給付・高額療養費・費用徴収 | 給付決定額 |
|       |           |     |    |    |     |       | 円               | 円     |

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日 医療機関(薬局)名 \_\_\_\_\_ ㊤

|       |           |     |    |    |     |       |                 |       |
|-------|-----------|-----|----|----|-----|-------|-----------------|-------|
| 区分    | 入院        | 入院外 | 歯科 | 調剤 | その他 | 診療実日数 | 診療報酬決定額         | 自己負担額 |
| 診療期間  | 年 月 日 ~ 日 |     |    |    |     | 日     | (保険点数×10円)<br>円 | 円     |
| 医療機関名 |           |     |    |    |     |       | 付加給付・高額療養費・費用徴収 | 給付決定額 |
|       |           |     |    |    |     |       | 円               | 円     |

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日 医療機関(薬局)名 \_\_\_\_\_ ㊤

|       |           |     |    |    |     |       |                 |       |
|-------|-----------|-----|----|----|-----|-------|-----------------|-------|
| 区分    | 入院        | 入院外 | 歯科 | 調剤 | その他 | 診療実日数 | 診療報酬決定額         | 自己負担額 |
| 診療期間  | 年 月 日 ~ 日 |     |    |    |     | 日     | (保険点数×10円)<br>円 | 円     |
| 医療機関名 |           |     |    |    |     |       | 付加給付・高額療養費・費用徴収 | 給付決定額 |
|       |           |     |    |    |     |       | 円               | 円     |

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日 医療機関(薬局)名 \_\_\_\_\_ ㊤