

医療費支給申請書

令和 年 月 日

| | |
|--------------------------|-------------|
| <input 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"/> | 指定難病医療費 |
| <input type="checkbox"/> | 精神障害者医療費 |

能美市長 宛て

申請者 住 所 能美市

(窓口に来られた方)
氏 名

TEL (日中連絡可能な連絡先) () —

- ・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、課税状況及び納付状況を調査することに同意します。
- ・医療費支給の際、申請の内容を医療機関(薬局・施術所)へ確認することに同意します。

※太枠内を記入してください。(医療機関が証明する場合は、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..... | 生 年 月 日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 平成・令和 |
| 住 所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ。 | 保 険 証 | 1. 国保 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 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) 円 | 円 |
| 医療機関名 | | | 付加給付・高額療養費・費用徴収 円 | 給付決定額 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・施術所)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) 円 | 円 |
| 医療機関名 | | | 付加給付・高額療養費・費用徴収 円 | 給付決定額 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・施術所)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) 円 | 円 |
| 医療機関名 | | | 付加給付・高額療養費・費用徴収 円 | 給付決定額 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・施術所)名 _____ ㊞

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。(乳幼児・児童、ひとり親家庭等医療費対象の方は別途変更届が必要です。)

| 指定金融機関 | 金 融 機 関 名 | 口 座 番 号 | 口 座 名 義 |
|--------|-----------|----------|-----------|
| 1. 新 規 | 銀行 | 普通 | フリガナ..... |
| 2. 変 更 | 金庫 農協 | 支店 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 | 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 | | (保険点数×10円) 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 |
| | | 日 | 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・施術所)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 | | (保険点数×10円) 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 |
| | | 日 | 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・施術所)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 | | (保険点数×10円) 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 |
| | | 日 | 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・施術所)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 | | (保険点数×10円) 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 |
| | | 日 | 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・施術所)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 | | (保険点数×10円) 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 |
| | | 日 | 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・施術所)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 | | (保険点数×10円) 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 |
| | | 日 | 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・施術所)名 _____ ㊞