

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"/>	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

能美市長 宛て

受診した月と同月の申請はできません。

※該当欄に○を付けてください。

申請者住所 能美市 来丸町 1110番地
(窓口に来られた方)
 氏名 能美 太郎

TEL (日中連絡可能な連絡先) (1234) 567 - 8910

- ・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。

※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 タロウ 能美 太郎	生年月日	昭和 10年 9月 8日
住所	<input checked="" 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 1 級

区分	入院	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	1月	1日	~	11日	(保険点数) 同じ医療機関で1カ月ごとに記入してください。※領収書がない場合は、医療機関(薬局)に下記に証明(記入・捺印)してもらってください。	円
医療機関名	のみクリニック					3日		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	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	2月	1日	~	5日	(保険点数) 領収書を確認して、入院・入院外等の区分に○をつけ、診療機関、医療機関名、診療実日数までを記入し、保険点数のある領収書を添えて提出してください。	円
医療機関名	同上					3日		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	令和	○年	1月	1日	~	11日	(保険点数) 【支給対象外となるもの】領収書の保険適用外(自費分)、食事負担額(入院の場合)、介護保険適用の療養分は対象外となります。	円
医療機関名	ふくし薬局					3日		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 _____ ㊞					

給付決定額 _____ 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		普通	フリガナ
2. 変更	金庫	支店	当座	
	農協			

※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 能美 太郎

区分	<input checked="" type="radio"/> 入院	入院外	<input type="radio"/> 歯科	<input type="radio"/> 調剤	<input type="radio"/> その他	診療実日数	診療報酬決定額 <small>(保険点数×10円)</small>	自己負担額
診療期間	令和 ○年 1月 14日 ~ 23日					10 日		
医療機関名	のみ福祉病院							
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	<input type="radio"/> 歯科	<input type="radio"/> 調剤	<input type="radio"/> その他	診療実日数	診療報酬決定額 <small>(保険点数×10円)</small>	自己負担額
診療期間	令和 ○年 2月 10日 ~ 20日					11 日		
医療機関名	同上							
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 type="radio"/> 入院	<input type="radio"/> 入院外	<input checked="" type="radio"/> 歯科	<input type="radio"/> 調剤	<input type="radio"/> その他	診療実日数	診療報酬決定額 <small>(保険点数×10円)</small>	自己負担額
診療期間	令和 ○年 1月 1日 ~ 10日					2 日		
医療機関名	ふくしデンタルクリニック							
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 type="radio"/> 入院	<input type="radio"/> 入院外	<input type="radio"/> 歯科	<input type="radio"/> 調剤	<input type="radio"/> その他	診療実日数	診療報酬決定額 <small>(保険点数×10円)</small>	自己負担額
診療期間	年 月 日 ~ 日							
医療機関名								
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 type="radio"/> 入院	<input type="radio"/> 入院外	<input type="radio"/> 歯科	<input type="radio"/> 調剤	<input type="radio"/> その他	診療実日数	診療報酬決定額 <small>(保険点数×10円)</small>	自己負担額
診療期間	年 月 日 ~ 日							
医療機関名								
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 type="radio"/> 入院	<input type="radio"/> 入院外	<input type="radio"/> 歯科	<input type="radio"/> 調剤	<input type="radio"/> その他	診療実日数	診療報酬決定額 <small>(保険点数×10円)</small>	自己負担額
診療期間	年 月 日 ~ 日							
医療機関名								
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 _____ ㊤								

【高額療養費・付加給付について】

○国保加入の方…高額療養費がある場合は、あわせて申請してください。

○社会保険加入の方…高額療養費または付加給付(家族療養費)に該当する場合は、決定通知書のコピーを添えて申請してください。

○後期加入の方…初めて高額療養費の申請をする方のみ、あわせて申請してください。