様式第７号(第４条関係)

医療費支給申請

受診した月と同月の申請はできません。

	乳幼児・児童医療費
	心身障害者(児)医療費
○	ひとり親家庭等医療費
	指定難病医療費
	精神障害者

※該当欄に○を付け

令和　●年　●月　●日

能美市長　宛て

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。

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
（日中連絡可能な連絡先）（ 090 ）××××－××××

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　ノミ　ハナコ 能美　花子	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和　●年　●月　●日 ※該当欄に○【 未就学児　小学生以上　一般 】
住所	☑ 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	令和　●年　1　月　1　日　～　11　日	3　日	(保険点	
医療機関名	のみクリニック			

★記入の注意点★
・医療機関（薬局・施術所）ごとに記入
・診療（調剤）月ごとに記入
・入院・通院・歯科・調剤を分けて記入
外来診療分（歯科を除く）は
「入院外」を選択してください

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・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	令和　●年　1　月　1　日　～　11　日	3　日	(保険	
医療機関名	いしかわ薬局		付	

※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）していただいて下さい。

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・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	令和　●年　2　月　1　日　～　11　日	2　日	(保険点数×10円) ※　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 円	給付決定額 円

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・施術所)名　※　ふくしデンタルクリニック　㊞　印

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

指定金融機関	金融機関名		口座番号
1. 新規 2. 変更	銀行 金庫 農協	支店	普通 当座

★添付書類
・領収書の原本

★提出先
・子育て支援課（辰口本庁舎）
・各サービスセンター

※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	令和 ●年 3 月 14 日 ～ 23 日		(保険点数×10円) 円	円
			付加給付・高額療養費・費用徴収	給付決定額
医療機関名	のみ福祉病院	10 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	令和 ●年 4 月 10 日 ～ 14 日		(保険点数×10円) 円	円
			付加給付・高額療養費・費用徴収	給付決定額
医療機関名	同上	5 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
			付加給付・高額療養費・費用徴収	給付決定額
医療機関名		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
			付加給付・高額療養費・費用徴収	給付決定額
医療機関名		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
			付加給付・高額療養費・費用徴収	給付決定額
医療機関名		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
			付加給付・高額療養費・費用徴収	給付決定額
医療機関名		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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞