

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 <u>ノミ ハナコ</u> 能美 花子	生年月日	明治・大正・昭和 ●年●月●日 平成●令和● ※該当欄に○【未就学児 小学生以上 一般】
保険証	1. 国保 <input type="checkbox"/> 2. 社保 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 長寿(後期高齢者)	記号番号	123 - 456
被保険者の氏名	能美 太郎 続柄(父)	手帳等級	身体・療育・精神 級

区分	入院 <input type="checkbox"/> 入院外 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	診療実日数	3 日
診療期間	令和●年 1月1日 ~ 11日	診療報酬	(保険点数× 付加給付)
医療機関名	のみクリニック		

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	入院 <input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input checked="" type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	診療実日数	3 日
診療期間	令和●年 1月1日 ~ 11日	診療報酬	(保険点数× 付加給付)
医療機関名	いしかわ薬局		

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 <input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input checked="" type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	診療実日数	2 日	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			(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	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

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 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	入院 入院外 歯科 調剤 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 3 月 14 日 ~ 23 日	10 日	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	入院 入院外 歯科 調剤 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 4 月 10 日 ~ 14 日	5 日	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 <small>(保険点数×10円)</small>	自己負担額
診療期間	年 月 日 ~ 日		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 <small>(保険点数×10円)</small>	自己負担額
診療期間	年 月 日 ~ 日		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 <small>(保険点数×10円)</small>	自己負担額
診療期間	年 月 日 ~ 日		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 <small>(保険点数×10円)</small>	自己負担額
診療期間	年 月 日 ~ 日		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 _____ ㊤