

医療費支給申請書

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

申請者住所 能美市 _____

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、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.....	生年月日	年 月 日
保険証	1. 国保 2. 社保 3. 長寿(後期高齢者)	記号番号	※該当欄に○【未就学児 小学生以上 一般】
被保険者の氏名	続柄()	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	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)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	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)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	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)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。

指定金融機関	金融機関名		口座番号	口座名義
1. 新規	銀行	支店	普通	フリガナ.....
2. 変更	金庫 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	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						日	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)	
							円	円
医療機関名						日	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)	
							円	円
医療機関名						日	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)	
							円	円
医療機関名						日	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)	
							円	円
医療機関名						日	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)	
							円	円
医療機関名						日	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 _____ ㊤