

## 医療費支給申請書

■ 重度心身障害者等

受給者	公費負担者番号	*	*	*	*	*	*	*	*	
	受給資格者証番号									
	住 所	綾川町								
	氏 名									
	生年月日	大正・昭和			年			月 日		
被保険者	氏 名									

綾川町長様

令和 年 月 日

下記のとおり一部負担金を支払いましたので、医療費の支給を申請します。

申請者氏名

(医療機関等記入欄)

診療報酬等による一部負担金額の証明												
平成・令和 年		1. 医科 3. 調剤		後期		負 担 割 合						
月分		2. 歯科				1割		2割		3割		
				入 院				入 院 外				
診療報酬等点数												
区	他法負担点数											
	保険者負担点数（高額療養分を除く）											
	一部負担金額（本人負担額）（注1）											
分	入院開始年月日（注2）			年 月 日・継続			<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; position: relative;"> <span style="position: absolute; top: 0; right: 0; width: 100%; height: 100%; background: linear-gradient(to top right, transparent 49%, black 49%, black 51%, transparent 51%);"></span> </div>					
	本月の入院継続日数又は通院日数			日								日
証明年月日 令和 年 月 日												
医療機関等コード						医療機関等の所在地 及び名称開設者氏名						

注1 一部負担金額欄には、食事療養費及び生活療養費の標準負担額は含まれません。

注2 入院開始年月日欄には、入院開始月については入院年月日を記入し、前月から引き続き入院している場合には、継続に○印をつけてください。

町事務処理欄

区 分	本人負担額	高額療養費	附加給付額	支給決定額
入 院				
入院外				

受付年月日	令和 年 月 日	決裁年月日	令和 年 月 日
支給年月日	令和 年 月 日		