

医療費支給申請書

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	昭和・平成・令和	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		1. 社保 2. 国保		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											点							点
区	他法負担点数										点							点
	保険者負担点数（高額療養分を除く）										点							点
	一部負担金額（本人負担額）（注1）										円							円
	入院開始年月日（注2）			年 月 日・継続				/										
分	本月の入院継続日数又は通院日数			日				日										
	<p>証明年月日 令和 年 月 日</p>																	
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		