医	熔	办	<del>本</del>	給	由	請	書
	"尺	1	X	不口	т-	ВĦ	

心身障害者

付

1

<ul><li>2 ひとり親家庭等</li><li>3 子 ど も</li><li>(1, 2, 3いずれか)</li></ul>	ア乳幼児 イ就学児 に○。											
3 の場合は, ア, イ	いずれかに〇。)		対	受給者番 号								
坂 出 市 長	殿		象者	氏名								
令和 年	月 日			生年月日	昭・平・令 年 月 月			日				
		申請者	住所	坂出市	田	T T	·目 番番地	号				
(医療機関証明欄) 診療報酬による一部負担額												
(平成 年	<i>i</i> 月診療分 <b>*</b> )	7京 靫 町 (こ よ	、 つ <sup>-</sup>	1日	刊 祖 祖							
	月診療分*)	保険の種類(日・協会・組・船・共・国・退本・退扶)						退扶)				
区	分	入院 (保険診療分)			入	入院外 (保険診療分)						
総 診 療 報	酬点数				点			点				
うち自立支援医療 (** 更生医療に限る) ?		点			点	点						
	. 負 担 額	円			円	円						
うち自立支援医療( 更生医療に限る)分に					円			円				
本月の入院	継続日数				日 通院日数	女		日				
入 院 開 始	年 月 日	年 月	日	継続	内			点				
					外			点				
					整			点				
証明年月日 令和	年	月 日						点				
医療機関等の所在地 名称および開設者氏名												
医療機関コード (薬局コード)					法人の場合は,記 人または代表者に							
1,7,1	<u> </u>		` <b> </b>	 ` (院	内処方・院外	処方 )						
調剤薬局の場合は処 の医療機関名および	:方箋発行元	療機関名			医療機関コート							
(医療機関のかたへ) 医療機関コードは、必ず記入してください。 記入事項がご不明の場合は坂出市けんこう課(0877-44-5006)までお電話ください。												
本人負担額	高額療養費保険者			額	一部負	担額	支 給 決					
(A)	(B)		(C)		(D)		(A)-((B)+	(C)+(D))				

決裁