医 療 費 支 給 申 請 書

2　ひとり親家庭等
(後期高齢者)

4　心身障害者
(後期高齢者)

（2，4いずれかに○）

下記の一部負担額を支払いましたので，一部負担額に係る医療費の支給について申請します。

対象者	受給者番号	
	氏名	
	生年月日	明･大･昭　　年　　月　　日

坂 出 市 長　　殿

令和　　年　　月　　日

住所　坂出市　　町　　丁目　　番　　号
番地

申請者

氏名

（医療機関証明欄）

診 療 報 酬 に よ る 一 部 負 担 額

（ 平成　　年　　月診療分＊）
（ 令和　　年　　月診療分＊）　　保険の種類(後期)

区　　分	入　院（保険診療分）	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（育成医療および更生医療に限る）分に係る点数	点	点
医 療 費 本 人 負 担 額	円	円
うち自立支援医療（育成医療および更生医療に限る）分に係る本人負担額	円	円
一 部 負 担 金 の 減 額 の 有 無	減額　（該当する場合に○をつける）	通院日数　　日
本 月 の 入 院 継 続 日 数	日	内　　点
入 院 開 始 年 月 日	年　月　日　継続	外　　点
		整　　点
		点

証明年月日　　令和　　年　　月　　日

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，記名押印してください。法人以外の場合は，本人または代表者による署名または記名押印をしてください。

医科，歯科の場合はどちらかに○をつけてください。 ➡ **（ 院内処方・院外処方 ）**

調剤薬局の場合は処方箋発行元の医療機関名およびコード　医療機関名（　　）　医療機関コード

（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。
入院の場合，「後期高齢者医療の限度額適用・標準負担額減額」認定証の有無を確認してください。
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（A）	高額療養費負担額（B）	支　給　決　定　額 (A)－(B)

受　付	
決　裁	

決裁						