医 療 費 支 給 申 請 書

1　心身障害者
2　ひとり親家庭等
3　子　ど　も

（1，2，3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	昭・平・令　　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

（令和　　年　　月診療分＊）　　保険の種類（日・協会・組・船・共・国・退本・退扶）

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
本月の入院継続日数	日	通院日数　日
入院開始年月日	年　月　日　継続	内　点
		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）

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 ）**

（※）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。

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。

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）	高額療養費保険者負担額（B）	附加給付額（C）	一部負担額（D）	支給決定額 (A)－((B)+(C)+(D))

受付	
決裁	

決裁						