

医療費支給申請書

- 2 ひとり親家庭等
(後期高齢者)
心身障害者
4 (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。

坂出市長 殿

令和 年 月 日

対象者	受給者番号						
	氏名						
	生年月日	明・大・昭	年	月	日		

住所 坂出市 町 丁目 番 号
申請者 番地
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(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						
-----	--	--	--	--	--	--