

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。

坂出市長 殿

令和 年 月 日

対象者	受給者番号						
	氏名						
	生年月日	昭・平・令	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 (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 繼 続 日 数	日	通院日数
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)					

(※) 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。

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						
----	--	--	--	--	--	--