

# 医療費支給申請書

- 心身障害者
- ひとり親家庭等
- 子ども

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。

(1, 2, 3いずれかに○)

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  
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)

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

(※) 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						
----	--	--	--	--	--	--