

様式第 号

心身障害者・乳幼児・ひとり親家庭等 医療費給付申請書

令和 年 月 日

市町村長 殿

下記のとおり、医療費の給付を申請します。

なお、受給資格の確認に必要な場合、公簿により私の世帯の所得及び国民健康保険の加入状況を確認されることを承諾します。

申請者氏名	印		受給資格者 との続柄		
申請者住所	〒		TEL	()	
受資格 給者	フリガナ			受給資格者 の生年月日	大昭 年 月 日
	氏 名				
	加入保険者名 (会社名)		保 険 記号番号	単県公費受給 資格者番号	

診療年月	年 月 分	※複数の医療機関等の申請がある場合は、別頁にこの欄のみ記入ください。
医療機関等の名称 ☆		所在地

☆保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション、柔道整復施術所等の名称、所在地を記入してください。

受診科	入・外	請求期間	発行日	保 険	
				合計	負担額
					円
					円
					円
					円
					円
計					円

※領収証又は療養費支給決定通知書を添付してください。

口座 番号	金融機関の名称	() 銀行・信用金庫・農協 () 本店・支店・支所
	口座種別	普通預金
	口座番号	口座番号
	フリガナ	
	名 義 人	

市町村 記入欄※	診療年月		受給資格者番号					
	医療機関コード		入外					
	加入保険者番号		国保被保険者証番号					
	老人受給者番号		決定点数					
	性別	生年月日	日数	給付割合				
	総医療費 (A)	窓口負担額 (B)	高額療養(医療)費 自己負担限度額 (C)	他法公費自己負担 限度額(月額) (D) 公費番号	単県公費一部負担 上限額(月額) (E) 外 来 ・ 合 算	単県公費 償還給付額 (F)		
	円	円	円	円	円	円		
	決 裁	課 長	課長補佐	係 長	主 査	係	システム入力	支出命令
							月 日	月 日

※(E)欄は、一部負担上限額に達しない場合はその額を記入してください。(F)欄がマイナスにならによう留意。

※(現物化されない)他法公費に該当する場合は、(F) = (D) - (E) ※(D)欄に他法公費番号を記入のこと。

※高額療養(医療)費に該当し、他法公費に該当しない場合は、(F) = (C) - (E)

※高額療養(医療)費及び他法公費に該当しない場合は、(F) = (B) - (E)