

- 心身障害者等
- 乳幼児
- 母子家庭等

医療費支給申請書

下記の一部負担金を支払いましたので一部負担額に係る医療費を支給されたく申請します。

高松市 殿

受給者	受給資格者証番号	1 1 1 1 1 1 1
	住 所	
	氏 名	テスト重度心身障害
	生年月日	昭和20年10月10日
被保険者	氏 名	テスト重度心身障害

平成 年 月 日

申請者氏名

印

（医療機関等記入欄）

診療報酬等による一部負担額

（平成18年 7月分）

保険の種類（日，, 組，船，共，国）

（ 般，退職）

区 分		入 院				入 院 外				
診療報酬点数					点		3	2	2	点
区	他法負担額				点					点
	保険者負担点数（高額医療分を除く）				点		3	2	2	点
	一部負担額（本人負担額）①（注1）					円				
分	入院時食事療養に係る標準負担額②					円				
	薬剤一部負担額③					円				
	入院開始年月日（注2）					・ 継続				
	本月の入院継続日数及び通院日数					1日				

証明年月日 平成18年 8月 4日

東京都文京区本駒込2-28-16

医療機関等の所在地 医療法人 オルカ医院

及び名称開設者氏名 オルカ

印

- 注1 医療に係る一部負担金を①欄に、入院時食事療養費に係る標準負担額を②欄に、外来薬剤一部負担金を③欄にそれぞれ分けて記入して下さい。
- 2 入院開始年月日欄には、入院開始月については入院年月日を記入し、前月から引き続き入院している場合には、継続に○印をつけて下さい。

市町事務処理欄

本人負担額 A ①+②+③	高額医療 保険者負担額 B	附加給付額 C	支給決定額 D D=A-(B+C)

受付年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給年月日	年	月	日

決 裁					
-----	--	--	--	--	--