

心身障害者等
母子家庭等

医療費支給申請書

老人保健加入者用

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。

受給者 殿	受給資格者証番号	1 1 1 1 1 1 1 1
	老人保健受給者番号	1 1 1 1 1 1 1 1
	住所	
	氏名	テスト医療費老人
	生年月日	昭和 5年 1月 1日

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）（）

区分	入院	入院外	
総医療費（入院時食事療養費は除く）	円	3,220円	
一部負担額（本人負担額） ①（注1）	円	640円	
入院時食事療養費に係る標準負担額 ②	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	日	1日	
一部負担金の減額及び免除の有無	減額 免除（該当する場合に○印をつける）		
を 番 区 一 分 部 負 担 金 に ○ 印 を つ け る	大病院→	1.病200以上（院外処方有）	2.病200以上（院外処方無）
	病院・診療所→	3.病200未満又は診定率（院外処方有）	5.診定額
		4.病200未満又は診定率（院外処方無）	
	薬局（注3）→	6.病200以上	7.病200未満

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。
- 3 薬局の場合は処方せんを発行した医療機関の該当区分番号に○印をつけて下さい。

市町事務処理欄

本人負担額 ①+②	A	高額医療 老保負担額	B	支給決定額 C=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					
----	--	--	--	--	--