

記入例

●診療点数の記載がある領収書の添付が必要です。

様式第4号（第5条関係）

障害者・子ども・ひとり親家庭等 医療費給付申請書

年 月 日

瀬戸内市長 様
次のとおり、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並びに国民健康保険及び後期高齢者医療制度の加入状況を確認されることを承諾します。

申請者氏名	瀬戸内 花子				受給資格者 との続柄	本人										
申請者住所	〒701-4292 瀬戸内市邑久町尾張 300 番地 1				TEL 0869 (22) 3958											
受給資格者	フリガナ	セトウチ ハナコ				受給資格者の 生年月日	平成 16 年 11 月 1 日									
	氏名	瀬戸内 花子														
	加入保険者名 (会社名)	瀬戸内市	保記号	番号	岡 82 1234567		単県公費受給 資格者番号	1	2	3	4	5	6	7		

診療(調剤)報酬・訪問看護療養費領収証明書										医 歯 薬 訪									
年 月 分				保険者番号								給付割合				9 8 7 ()			
被 保 険 者 番 号																			
入外 区分	公費区分	公費 番号	診療日数	請求点数 (金額)				一部負担金額				患者窓口負担額 (保険分)							
入院 外来	保 険		日	点・円				円				円							
	公費①		日	点・円				円											
	公費②		日	点・円				円											
	公費③		日	点・円				円											
フリ ガナ 患者 氏名	セトウチ 瀬戸内		ハナコ 花子		男 女	医 療 機 関 (薬 局・訪問看護ステーション) の所在地・名称・氏名				医療機関等コード()									

口座 番号	金融機関の名称	(瀬戸内)銀行・信用金庫・農協(邑久)本店・支店・支所・出張所													
	口座種別と 口座番号	普通 当座		預 金		口座番号									
		1	2	3	4	5	6	7							
	フリガナ 名 義 人	セトウチ ハナコ 瀬戸内 花子													

市町村記入欄※	診療年月					受給資格者番号									
	医療機関等コード								入外						
	加入保険者番号								被保険者番号						
	決定点数 (金額)														
	性別		生年月日						日 数		給付割合				
	総医療費(A)	窓口負担額(B)		高額療養費 自己負担限度額 (C)		他法公費自己 負担額(月額) (D)		単県公費一部 負担額(月額) (E)		単 県 公 費 償 還 給 付 額 (F)					
		円		円		円		円		円		円			
	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			
	決 裁														

医療機関で証明される場合、各医療機関で1ヵ月ごとに入院・外来別で記入をお願いししてください。