

様式第 8 号の 2 （第 8 条関係）

障害者・こども・ひとり親家庭等 医療費給付申請書

年 月 日

瀬戸内市長 様

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				受給資格者 との続柄				
申請者住所		〒 ー		TEL ()				
受 資 格 給 者	フリガナ				受給資格者 の生年月日		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（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			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 () 印	

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 と 号	普 通 預 金
	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)	
					公費番号		単県公費一部負担 額(月額) (E)	
	円		円		円		円	
	課 長		課長補佐		係 長		主 査	
	決 裁							システム入力
						月 日		
						月 日		