

日出町重度心身障害者医療費支給申請書

令和 年 月 日

日出町長 殿

下記のとおり医療費の支給を申請します。

※申請者	支給対象者 年 月 日生		受給者氏名 Ⓜ	
	支給対象者住所 速見郡日出町 (電話)			
	受給者証記号番号	被保険者証記号番号	加入保険名称	
医療機関	診 療 報 酬 証 明 書			
	診 療 月	年 月分	患者氏名 男 ・ 女	
	保 険 診 療 点 総 点	入院・外来・歯科・調剤 点	医療機関の所在・名称 年 月 日	
	処方医療機関名		Ⓜ	
	保 険 診 療 自 己 負 担 額	入院・外来・歯科・調剤 円	世帯区分	一般 ・ 非課税
町	支 給 決 定			
	一 部 負 担 額	附 加 給 付	支 給 額	
	円	円	円	

(注)

- 1 各月ごとに記入してください。
- 2 入院・外来・歯科・調剤のいずれかを○で囲んでください。
- 3 診療科が複数の場合は、その種別がわかるように証明をしてください。
- 4 調剤の場合は処方医療機関ごとに証明してください。（処方医療機関名を記述してください）
- 5 この申請書を提出の際は、保険証・受給者証・印鑑をご持参ください。
- 6 申請期限は、受診の翌月から1年以内です。（例：1月診療分は翌年1月末日まで）
- 7 ※印の欄は、申請者が記入してください。