

重度心身障害者（精神障害者）医療費支給申請書（償還払分）

受給者	公費負担者番号	9	1	3	4	0	8	1	0	加入医療保険 医療機関等	被保険者氏名										
	公費負担医療の受給者番号										記号・番号										
	住所								名称												
	氏名								附加給付の有無・内容 有・無 ()												
	生年月日								所在地												
	申請額（支払金額）								名称（氏名）												
振込先	銀行 金庫 組合 農協	本店 支店	普通・ 当座	口座番号							口座番号										
				名義カナ																	
上記のとおり申請します。											申請者 住所 年 月 日 氏名 世羅町長 様 電話										

診療報酬領収証明書																							
氏名						年 月診療分						入院・入院外											
						診療実日数 日						医科・歯科・調剤・その他											
保険医療総医療費（総点数×10）												領 収 額											
合 計												円						円					
(再掲)	入院外 1 日目										円						円						
	入院外 2 日目										円						円						
	入院外 3 日目										円						円						
	入院外 4 日目										円						円						
	入院外 5 日目以降計										円						円						
上記のとおり証明します。												年 月 日											
医療機関等 所在地 名 称 氏 名																							

- 注 1 この申請書は、医療機関等で現金を支払った場合に使用するものです。
 2 上段の欄は、申請者が記入してください。
 3 中段の診療報酬領収証明書は、医療機関等で記入してもらってください。なお、「保険給付が行われていることを証明する書類」を添付するときは記入の必要はありません。

ここから下は記入しないでください。

総医療費A	保険給付額B	他公費負担額C	一部負担金額D	支給決定額E E=A-(B+C+D)