

捨印 重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費支給申請書 (償還払分)

次のとおり、広島市長宛に申請します。

令和 年 月 日

| | | | | | | | | |
|-----|---------|---------------------|--------|------------------------------------|------------------------------|------|---------|--|
| 対象者 | 公費負担者番号 | | 加入健康保険 | 保険者番号 | | | | |
| | 受給者番号 | | | 保険者の名称 (保険証発行機関名又は名称) Tel () - | | | | |
| | 氏名 | | | 被保険者の氏名 | | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | 記号 | | 番号 | | |
| | 有効期限 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | 申請額 (支払金額) 円 | | | | |
| 申請者 | 住所 | Tel () - | | 振替先 | 銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 | | 金融機関コード | |
| | (フリガナ) | | | | 店 | | 店番 | |
| | 氏名 | 印 | | | 普通当座 | 口座番号 | | |

診療報酬領収証明書

| | | | | | | | |
|---------------|------------------------|-----|-----------------------|----------|--------------------------------------|---|--|
| 平成・令和 年 月 診療分 | | | | 受診者氏名 | | | |
| 保険診療総医療費合計 | | 円 | | 領収額合計 | | 円 | |
| 再掲 (内訳) | 総医療費 (通院1日目) (月 日) | 円 | 領収額 (通院1日目) (月 日) | 円 | 通院・入院 | | |
| | 総医療費 (通院2日目) (月 日) | 円 | 領収額 (通院2日目) (月 日) | 円 | 医科・歯科・調剤・その他 () | | |
| | 総医療費 (通院3日目) (月 日) | 円 | 領収額 (通院3日目) (月 日) | 円 | 診療期間 平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで | | |
| | 総医療費 (通院4日目) (月 日) | 円 | 領収額 (通院4日目) (月 日) | 円 | 診療実日数 | | |
| | 総医療費 (通院5日目以降計) | 円 | 領収額 (通院5日目以降計) | 円 | 日 | | |
| 上記のとおり証明します。 | | | | 令和 年 月 日 | | | |
| 医療機関名 | | 所在地 | | 名称 | | | |
| | | | | 氏名 | | | |
| | | | | 印 | | | |

- 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 上段申請書欄は、申請者が記入してください。
 3 診療報酬領収証明書欄は、医療機関等で記入してもらってください。なお、「保険給付が行われた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。
 4 平成18年7月以前の診療分については、保険診療総医療費の再掲(内訳)及び領収額の再掲(内訳)の記載は必要ありません。

ここから下は記入しないでください

| |
|-------|
| 算定方式 |
| ----- |
| ----- |
| ----- |
| ----- |
| ----- |
| ----- |

| | |
|----------|---|
| 自己負担金相当額 | 円 |
| 高額療養費 | 円 |
| 附加給付額 | 円 |
| 医療費一部負担金 | 円 |
| 支給決定額 | 円 |