（表面）

様式第6号（第8条関係）

福 祉 医 療 費 支 給 申 請 書

（障害者 ・ 乳幼児 ・ 子ども ・ 母子 ・ 父子 ・ 寡婦）

　　年　　月　　日

佐々町長　様

　下記の通り、医療費の支給を申請します。【太枠内に記入してください。】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  （受給者） | 氏名 |  | | | 受給者証  記号番号 | | ― | | |
| 住所 | 佐々町　　　　免　　　　番地 | | | | 電話  番号 | | ―　　　　― | |
| 支給対象者  （患者） | 氏名 |  | | | 生年  月日 | 年　　　月　　　日 | | | |
| 加入保険  の名称 |  | 記号  番号 |  | | | | 被保  険者 |  |

**この用紙１枚（裏面も含め）で10件分（同一医療機関等のひと月分を1件とする。）の申請ができます。**

**※後期高齢者の方については、用紙1枚につきひと月分の申請をお願いします。複数の医療機関等にかかった　　　場合、同月分であれば用紙1枚で申請ができます。**

**また、申請は、原則として同一医療機関等につきひと月１回しかできませんので、ひと月分まとめて申請してください。**

—————————————— 診　療　報　酬　証　明　書（注1） ——————————————

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | 診療月 | 年　　　月分 | | | 区分 | 医科 ・ 調剤 | | 医療機関  の所在地  名称・氏名  電話番号 |  | | |
| 入院 ・ 外来 | |
| 保険診療  総点数 | 点 | 診療日数 | 日 | | 保険診療  に対する  一部負担金 | 円 | |
| 支給決定 | 一部負担金（A） | | | 附加給付額（B） | | | 自己負担額（C） | | | 支給額（D=A－B－C） |
|  | | |  | | |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2** | 診療月 | 年　　　月分 | | | 区分 | 医科 ・ 調剤 | | 医療機関  の所在地  名称・氏名  電話番号 |  | | |
| 入院 ・ 外来 | |
| 保険診療  総点数 | 点 | 診療日数 | 日 | | 保険診療  に対する  一部負担金 | 円 | |
| 支給決定 | 一部負担金（A） | | | 附加給付額（B） | | | 自己負担額（C） | | | 支給額（D=A－B－C） |
|  | | |  | | |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3** | 診療月 | 年　　　月分 | | | 区分 | 医科 ・ 調剤 | | 医療機関  の所在地  名称・氏名  電話番号 |  | | |
| 入院 ・ 外来 | |
| 保険診療  総点数 | 点 | 診療日数 | 日 | | 保険診療  に対する  一部負担金 | 円 | |
| 支給決定 | 一部負担金（A） | | | 附加給付額（B） | | | 自己負担額（C） | | | 支給額（D=A－B－C） |
|  | | |  | | |  | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 受付印欄 |  |

注1　二重枠内は、医療機関において記入すること。

・入院については、当該月の入院日数を併せて記入すること。

・外来については、当該月の外来日数を併せて記入すること。

・医療機関の証明については、医療機関の発行する領収書

（証明事項の記入されたものに限る。）により代えることができる。

※振込先には、新規による申請の方、または振込先変更の方のみご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 支店名 | 口座番号 | 口座名義人（申請者） |
|  |  |  |  |

（裏面）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4** | 診療月 | 年　　　月分 | | | 区分 | 医科 ・ 調剤 | | 医療機関  の所在地  名称・氏名  電話番号 |  | | |
| 入院 ・ 外来 | |
| 保険診療  総点数 | 点 | 診療日数 | 日 | | 保険診療  に対する  一部負担金 | 円 | |
| 支給決定 | 一部負担金（A） | | | 附加給付額（B） | | | 自己負担額（C） | | | 支給額（D=A－B－C） |
|  | | |  | | |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5** | 診療月 | 年　　　月分 | | | 区分 | 医科 ・ 調剤 | | 医療機関  の所在地  名称・氏名  電話番号 |  | | |
| 入院 ・ 外来 | |
| 保険診療  総点数 | 点 | 診療日数 | 日 | | 保険診療  に対する  一部負担金 | 円 | |
| 支給決定 | 一部負担金（A） | | | 附加給付額（B） | | | 自己負担額（C） | | | 支給額（D=A－B－C） |
|  | | |  | | |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6** | 診療月 | 年　　　月分 | | | 区分 | 医科 ・ 調剤 | | 医療機関  の所在地  名称・氏名  電話番号 |  | | |
| 入院 ・ 外来 | |
| 保険診療  総点数 | 点 | 診療日数 | 日 | | 保険診療  に対する  一部負担金 | 円 | |
| 支給決定 | 一部負担金（A） | | | 附加給付額（B） | | | 自己負担額（C） | | | 支給額（D=A－B－C） |
|  | | |  | | |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7** | 診療月 | 年　　　月分 | | | 区分 | 医科 ・ 調剤 | | 医療機関  の所在地  名称・氏名  電話番号 |  | | |
| 入院 ・ 外来 | |
| 保険診療  総点数 | 点 | 診療日数 | 日 | | 保険診療  に対する  一部負担金 | 円 | |
| 支給決定 | 一部負担金（A） | | | 附加給付額（B） | | | 自己負担額（C） | | | 支給額（D=A－B－C） |
|  | | |  | | |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **8** | 診療月 | 年　　　月分 | | | 区分 | 医科 ・ 調剤 | | 医療機関  の所在地  名称・氏名  電話番号 |  | | |
| 入院 ・ 外来 | |
| 保険診療  総点数 | 点 | 診療日数 | 日 | | 保険診療  に対する  一部負担金 | 円 | |
| 支給決定 | 一部負担金（A） | | | 附加給付額（B） | | | 自己負担額（C） | | | 支給額（D=A－B－C） |
|  | | |  | | |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **9** | 診療月 | 年　　　月分 | | | 区分 | 医科 ・ 調剤 | | 医療機関  の所在地  名称・氏名  電話番号 |  | | |
| 入院 ・ 外来 | |
| 保険診療  総点数 | 点 | 診療日数 | 日 | | 保険診療  に対する  一部負担金 | 円 | |
| 支給決定 | 一部負担金（A） | | | 附加給付額（B） | | | 自己負担額（C） | | | 支給額（D=A－B－C） |
|  | | |  | | |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10** | 診療月 | 年　　　月分 | | | 区分 | 医科 ・ 調剤 | | 医療機関  の所在地  名称・氏名  電話番号 |  | | |
| 入院 ・ 外来 | |
| 保険診療  総点数 | 点 | 診療日数 | 日 | | 保険診療  に対する  一部負担金 | 円 | |
| 支給決定 | 一部負担金（A） | | | 附加給付額（B） | | | 自己負担額（C） | | | 支給額（D=A－B－C） |
|  | | |  | | |  | | |  |