

乳 幼 児 医 療 費 支 給 申 請 書

下記の一部負担金を支払いましたので一部負担額に係る医療費を支給されたく申請します。

さぬき市長 殿

年 月 日

申請者氏名



受給者	受給資格者証番号			
	住所			
	氏名			
	生年月日	年	月	日生
被保険者	氏名		付加給付	有・無

診 療 報 酬 に よ る 一 部 負 担 額

(医療機関等記入欄) 年 月分の診療が、保険の種類を必ず記入して下さい。

(年 月分)

保険の種類 (市町の一般国保・退本・退家・国保組合)
(社本・社家(政管)・健保組合・船員・共済・継続)

区 分	入 院	入 院 外	訪問看護療養費基本利用料支払額
診療報酬点数	点	点	訪問看護療養費総額 円
区 分	他法負担点数	点	基本利用料 円
	保険者負担点数 (高額医療分を除く)	点	他法等支給額 円
	本人負担額	円	本人負担額 (その他利用料は含まない) 円
	薬剤の一部負担金	円	訪問回数 回
入院時食事療養費に係る標準負担額	円		
入院開始年月日	年 月 日 継続		医療機関コード番号 _____ (お手数ですが、御記入をお願いします。)
本月の入院継続日数	日		

証明年月日 年 月 日

医療機関、訪問看護事業所の所在地及び名称開設者氏名



注1 医療に係る本人(一部)負担額を 欄に、薬剤の一部負担金を 欄に、入院時食事療養費に係る標準負担額を 欄にそれぞれ分けて記入して下さい。

2 入院開始年月日欄には、入院開始月については入院年月日を記入し、前月から引き続き入院している場合には、継続に○印をつけて下さい。

診療報酬	本人負担額 A	高額医療保険負担額 B	付加給付額 C	支給決定額 D = A - (B + C)	訪問看護療養費	本人負担額 E	付加給付額 F	支給決定額 G = E - F
	円	円	円	円		円	円	円

受付年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給年月日	年 月 日

総支給額	円
決 裁	