

様式第 号

心身障害者 **小児**・ひとり親家庭等 医療費給付申請書

記入例

年 月 日

玉野市長 殿

下記のとおり、医療費の給付を申請します。

なお、受給資格の確認に必要な場合、公簿により私の世帯の所得並びに国民健康保険及び後期高齢者医療制度の加入状況を確認されることを承諾します。

申請者氏名	玉野 海 (保護者)		受給資格者との続柄	父	
申請者住所	〒706-0011 玉野市宇野1-27-1		TEL 0863 (32) 5554		
受資格給者	フリガナ	タマノ ノ	受給資格者の生年月日	令和〇年△月□日	
	氏名	玉野 のの (子)			
	加入保険者名(会社名)	全国健康保険協会 岡山支部	保険記号番号	1234567 123	単県公費受給資格者番号

診療年月	年 月分	※複数の医療機関等の申請がある場合は、別頁にこの欄のみ記入ください			
医療	この欄は記入不要です。				
☆保健					
受給					
					円
					円
					円
					円
					円
				計	円

※領収書又は療養費支給決定通知書を添付してください。
※「入・外」区分の「外」には、指定訪問看護を含みます。

口座番号	金融機関の名称	(中国) 銀行・信用金庫・農協 (宇野) 本店・支店
	口座種別と号	普通 預金 口座番号
	口座番号	当座 1 2 3 4 5 6 7
	フリガナ	タマノ ウミ
	名義人	玉野 海

市町村記入欄※	診療年月	受給資格者番号
	医療機関等	<p><添付書類></p> <p>医療機関の領収書(原本)</p> <p>※負担割合が2割 または 3割のものに限る。 10割の領収書の場合は、お問い合わせください。</p>		
	加入保険			
	決定点数			
	性別			
	総医療費			
決	課長			単県公費 費給付額 (F)
裁				円
				支出命令
				月 日

※(E)欄は、一部負担額に達しない場合はその額を記入してください。(F)欄がマイナスにならないように留意。

※(現物化されない)他法公費に該当する場合は、(F)=(D)-(E) ※(D)欄に他法公費番号を記入のこと。

※高額療養費に該当し、他法公費に該当しない場合は、(F)=(C)-(E)

※高額療養費及び他法公費に該当しない場合は、(F)=(B)-(E)

様式第4号

心身障害者・**小児**・ひとり親家庭等 医療費給付申請書

記入例

年 月 日

玉野市長

殿

下記のとおり、医療費の給付を申請します。

なお、受給資格の確認に必要な場合、公簿により私の世帯の所得並びに国民健康保険及び後期高齢者医療制度の加入状況を確認されることを承諾します。

申請者氏名	玉野 めばる (親)		受給資格者との続柄	父
申請者住所	〒706-0011 玉野市宇野1丁目27番1号		TEL 0863 (32) 5554	
受給資格者	フリガナ	タマノ ツツジ	受給資格者の生年月日	昭平令 ○○年××月△△日
	氏名	玉野 つつじ (子)		
加入保険者名 (会社名)	全国健康保険協会 岡山支部	保険記号番号	1234567 123	単県公費受給資格者番号
				空欄

診療(調剤)報酬・訪問看護療養費領収証明書				医 歯 薬 訪	
年 月分	保険者番号			給付割合	9 8 7 ()
入区	・領収書がない場合は、医療機関で証明書欄に記入してもらってください。				円
入外					
フリガナ	患者氏名	男	訪問看護ステーションの所在地・名称・氏名		印

口座番号	金融機関の名称	(中国) (銀行) 信用金庫・農協 (宇野) 本店 (支店) 支所
	口座種別	普通預金
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
フリガナ	タマノ めばる	
名義人	玉野 めばる	

市町村記入欄※	診療年月		受給資格者番号			
	医療機関等コード		入外			
	加入保険者番号		被保険者番号			
	決定点数(金額)		日数	給付割合		
	性別	生年月日				
	総医療費 (A)	窓口負担額 (B)	高額療養費自己負担限度額 (C)	他法公費自己負担額(月額) (D)	単県公費一部負担額(月額) (E)	単県公費償還給付額 (F)
	円	円	円	円	円	円
	課長	課長補佐	係長	主査	係	システム入力
						月 日
	決裁					月 日