

重度心身障害者・ひとり親家庭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											
	氏名									TEL () -											
	生年月日 年 月 日									被保険者の氏名											
	有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日									記号 番号											
申請者	住所								振替先	申請額 (支払金額)											円
										銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合				金融機関 コード							
	TEL () -									店				店番							
	(フリガナ)																				
	氏名									普通 当座				口座番号							

診療報酬領収証明書																			
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	有 ・ 無	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	有 ・ 無	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	有 ・ 無	診療期間 令 年 月 日から 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	有 ・ 無			
	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	有(回) 無	診療実日数 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																			

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。
注2 上段申請書欄は、申請者が記入してください。
注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、記入は不要です。

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