

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									
	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							
	(フリガナ)										店		店番					
	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	初診料 算定の有無
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	
	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