

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申請します。 令和 年 月 日
 また、申請内容に直接影響のない軽微な誤記や明らかな誤字脱字に対する訂正を市が行うことに承諾します。

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 (保険証発行機関名又は名称) Ⅱ () -			
	氏名			被保険者の氏名			
	生年月日 年 月 日			記号	番号		
	有効期限 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			申請額 (支払金額) 円			
申請者	住所 Ⅱ () -	振替先		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) 氏名			店		店番	
	氏名	普通当座	口座番号				

診療報酬領収証明書					
平成・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		通院・入院 医科・歯科・調剤・その他 () 診療期間 平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで 診療実日数 日
総医療費 (通院1日目) (月 日)	円	領収額 (通院1日目) (月 日)	円	再掲(内訳)	
総医療費 (通院2日目) (月 日)	円	領収額 (通院2日目) (月 日)	円		
総医療費 (通院3日目) (月 日)	円	領収額 (通院3日目) (月 日)	円		
総医療費 (通院4日目) (月 日)	円	領収額 (通院4日目) (月 日)	円		
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		
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。
 2 上段申請書欄は、申請者が記入してください。
 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、記入の必要はありません。
 4 平成18年7月以前の診療分については、保険診療総医療費の再掲(内訳)及び領収額の再掲(内訳)の記載は必要ありません。

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