

子ども・心身障害者・ひとり親 医療費助成金支給申請書

天理市長 様

年 月 日

住所 天理市
申請者 氏名
(電話)

金 円

ただし、 年 月分医療費助成金を上記のとおり支給されるよう申請します。

受給者番号

受給者氏名

加入医療保険名称及び記号番号

受給資格証交付申請時の

届出医療保険と同じ(変更されている場合は別途届出が必要です)

なお、医療費助成金は福祉医療費助成登録口座に振り込んでください。

◎申請書は、受診月ごとに1枚記入し、領収書の原本(受給者名、保険点数が記入されたもの)を添付してください。※領収書がない場合は裏面に証明をうけてください。

受診月

年 月 分

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|----|-------|---------|---------|----|-----|-------|--------|-------|-----|
| 市 町 村 記 入 欄 外 | 入院 | 府県コード | 医療機関コード | 診療科目コード | 日数 | 総点数 | 自己負担額 | | | |
| | | | | | 日 | 点 | 円 | 高額療養費等 | 一部負担金 | 支給額 |
| | | | | | | | | 円 | 円 | 円 |
| | | | | | | | | 円 | 円 | 円 |
| | | | | | | | | 円 | 円 | 円 |
| | 入院 | 府県コード | 医療機関コード | 診療科目コード | 日数 | 総点数 | 自己負担額 | | | |
| | | | | | 日 | 点 | 円 | 高額療養費等 | 一部負担金 | 支給額 |
| | | | | | | | | 円 | 円 | 円 |
| | | | | | | | | 円 | 円 | 円 |
| | | | | | | | | 円 | 円 | 円 |
| | 入院 | 府県コード | 医療機関コード | 診療科目コード | 日数 | 総点数 | 自己負担額 | | | |
| | | | | | 日 | 点 | 円 | 高額療養費等 | 一部負担金 | 支給額 |
| | | | | | | | | 円 | 円 | 円 |
| | | | | | | | | 円 | 円 | 円 |
| | | | | | | | | 円 | 円 | 円 |
| | 外 | 府県コード | 医療機関コード | 診療科目コード | 日数 | 総点数 | 自己負担額 | | | |
| | | | | | 日 | 点 | 円 | 高額療養費等 | 一部負担金 | 支給額 |
| | | | | | | | | 円 | 円 | 円 |
| | | | | | | | | 円 | 円 | 円 |
| | | | | | | | | 円 | 円 | 円 |

※申請者・受給者番号・受給者氏名のみご記入ください。

年 月 診療状況証明書
(保険適用分)

| | | | |
|----|------|---|----------------|
| 日数 | 日(回) | | |
| 期間 | 年 | 月 | 日から 年 月 日まで |

※該当する欄にチェックしてください。

| | | | | | | | |
|------|-----------------------------|------------------------------------|------|-----------------------------|--------|-------------------|---|
| 診療内容 | <input type="checkbox"/> 医科 | <input type="checkbox"/> はり・きゆう | 入外区分 | <input type="checkbox"/> 入院 | 医療費等内訳 | 総点数 | 点 |
| | <input type="checkbox"/> 歯科 | <input type="checkbox"/> あんま・マッサージ | | | | 柔整・はり・きゆう | 円 |
| | <input type="checkbox"/> 調剤 | <input type="checkbox"/> その他 | | <input type="checkbox"/> 外来 | | マッサージ総医療費 | |
| | <input type="checkbox"/> 柔整 | <input type="checkbox"/> | | | | 一部負担金 (保険内負担額) | 円 |

上記のとおり診察し、一部負担金を領収しました。

医療機関等

所在地

名称

氏名

印

電話番号