

障がい者福祉医療費支給申請書

年 月 日

西海市長 様

下記のとおり、医療費の支給を申請します。

住所

申請者 氏名

支給対象者との続柄：□本人・□（ ）

電話

（ ） —

支給対象者	氏名：	受給者証 記号・番号：
加入保険の異動：	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	※受給者証に記載の加入保険と現在の加入保険が異なる場合、別途異動届を提出してください。
受給資格の異動：	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	※受給資格（手帳の等級等）に異動がある場合、別途異動届を提出してください。

診療報酬証明書

医療機関記入欄	診療月	年 月分				日ごとの保険診療による一部負担金が、月の上限1,600円を超えるまで記入してください。		
	保険診療 総点数	入院 入院日数	点 日	外来調剤 外来日数	点 日	日目	点数 点	一部負担金 円
保険診療 一部負担金	入院	円	外来調剤	円	日目	点	円	
高齢者の 医療の確 保に関する法律一 部負担金	入院	点	外来調剤	点	日目	点	円	
	入院日数	日	外来日数	日	医療機関コード：			
公費負担	入院	円	外来調剤	円	医療機関 の所在地 名称代表 者名	⑩		

支給決定

※以下の欄には記載しないでください。

	A 一部負担金	B 附加給付額		C 高額療養医療給付額	D 自己負担額	E 支給額 (A-B-C-D)
入院						
外来						
調剤						
計				年 月 日申請済み		

- 注1 入院については、当該月の入院日数を併せて記入してください。
 2 外来については、当該月の外来日数を併せて記入してください。
 3 障がい者で、「高齢者の医療の確保に関する法律」の適用者にあつては、「高齢者の医療の確保に関する法律一部負担金」の欄に記入することとし、外来については、当該月の一部負担金額を併せて記入してください。
 4 医療機関の証明については、医療機関の発行する領収書（証明事項の内容が記載されたものに限る。）の添付により、これに代えることができる。