重度心身障害者医療費支給申請書

（償還払分）

注
1 この申請書は、医療機関等で現金で支払った場合に使用するものです。
2 上段申請者欄は、申請者が記入してください。
3 中段診療報酬領収書欄は、医療機関等で記入してもらってください。

受給者	公費負担者番号	9	1	3	4	0	0	4	2	加入医療保険	被保険者氏名
	公費負担医療の受給者番号										記号・番号
	住所										名称
	氏名 ㊞										附加給付の有無・内容　有・無（　　）
	生年月日　大正・昭和 平成・令和　年　月　日									医療機関等	所在地
	申請額（支払金額）　円										名称（氏名）

振替先	金融機関名 店舗名	銀行　店								金融機関コード 店番									
	預金種別	1.普通 2.当座	口座番号								支払金額	千	百	十	万	千	百	十	円

上記のとおり申請します。

令和　年　月　日

三原市長　様

申請者　住所

フリガナ

氏名　㊞

なお、重度心身障害者医療費の償還払いを受けるため、高額療養費・療養費及び附加給付金の支払額の照会及びその回答を受領する権限を三原市長に委任します。

診療報酬領収証明書

氏名		令和　年　月診療分									入院・入院外								
		診療実日数　日									医科・歯科・調剤・その他								
保険医療総医療費（総点数×10）											領収額								
合計										円									円
（再掲）	入院外 1日目									円									円
	入院外 2日目									円									円
	入院外 3日目									円									円
	入院外 4日目									円									円
	入院外 5日目以降計									円									円

令和　年　月　日

上記のとおり証明します。

医療機関等　所在地

名称

氏名　㊞

ここから下は記入しないでください。

受付 令和　・　・						支出命令	支給台帳
決裁 令和　・　・						月　日	月　日

総医療費A	保険給付額B	他公費負担額C	一部負担金額D	支給決定額 E E=A−（B＋C＋D）	負担区分	
円	円	円	円	円		障・乳・ひ