様式第3号(第8条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □子ども  　□重度心身障害者等　□ひとり親家庭等 | | | | | 医療費支給申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | 次の一部負担金を支払いましたので一部負担額に係る医療費の支給を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ま　ん　の　う　町　長　様 | | | | | | | | | | 受給者 | | | | | | | 受給資格者証番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |
| 住所 | | | | | まんのう町 | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | | | | | | | 氏名 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 令和　　　年　　　月　　　日  申請者氏名  （医療機関等記入欄） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 診療報酬等による一部負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 年 | | １．医科  ２．歯科 | | | ３．調剤  ４．その他 | | １．社保  ２．国保 | | | | ３．後期  ４．退職 | | | | | | １．本人  ２．就学前  ３．家族 | | | | ４．高齢者（１割）  ５．高齢者（２割）  ６．高齢者（３割） | | | | | | | ７．後期（１割）  ８．後期（３割） | | | |  |
| 月分 | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 区分 | | | | | | | 入院 | | | | | | | | | | | | | | | 入院外 | | | | | | | | | |  |
| 診療報酬点数 | | | | | | |  | |  |  | | | |  | |  | | 点 |  | | |  | |  | |  |  | |  | 点 |  |
| 区分 | 他法負担額 | | | | | |  | |  |  | | | |  | |  | | 点 |  | | |  | |  | |  |  | |  | 点 |  |
| 保険者負担点数（高額医療分を除く。） | | | | | |  | |  |  | | | |  | |  | | 点 |  | | |  | |  | |  |  | |  | 点 |  |
| 一部負担額（本人負担額）（注１） | | | | | |  | |  |  | | | |  | |  | |  | 円 | | |  | |  | |  |  | |  |  | 円 |
| 入院開始年月日（注２） | | | | | | 年　　　月　　　日・継続 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 本月の入院継続日数又は通院日数 | | | | | | 日 | | | | | | | | | | | | | | | 日 | | | | | | | | | |
| 証明年月日　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | 医療機関等の所在地及び名称開設者氏名 | | | | | | ㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注１　一部負担額欄には、食事療養費の標準負担額は含まれません。ただし、更生医療・育成医療等、公費負担医療の場合は、本人負担額をそのまま記入してください。  注２　入院開始年月日欄には、入院開始月については入院年月日を記入し、前月から引き続き入院している場合には、継続に○印を付けてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 市町事務処理欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 本人負担額(Ａ) | | | | | 高額医療保険者負担額(Ｂ) | | | | | | | | | 付加給付額(Ｃ) | | | | | | | | | | | | 支給決定額(Ｄ)  D＝A－B－C | | | | | | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | 受付年月日 | 年　　　月　　　日 | | 支給年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |