様式第3号(第9条関係)

(重度障害者　・　乳幼児等　・　ひとり親家庭等)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　中段診療報酬領収明細書欄は、医療機関等で記入してもらってください。なお、「保険給付が行われる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　公費負担分(結核・精神等)の適用がある場合は、他公費負担額に再掲してください。 | 対象者 | 公費負担者番号 | 　 | 　 | 3 | 4 | 0 | 2 | 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 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 預金種別 | 1普通2当座 | 口座番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 口座名義人 | 　 |
| 　上記のとおり申請します。　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　フリガナ　　　江田島市長　　様　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL |
| 　 |
| 診療報酬領収明細書 |
| 氏名 | 　　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 |
| 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　　　　　・　　・ | 　 | 　 | 　 | 　 | 支出命令月　　日 | 支出台帳月　　日 |
|
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 決裁　　　　　・　　・ |
|
|
| 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　EE＝A－(B＋C＋D) | 負担区分 | 重・乳・ひ |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |