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　E  E＝A－(B＋C＋D) | | | | | | | 負担区分 | | 重・乳・ひ | | | |
| 円 | | 円 | | | | | | 円 | | | | | | 円 | | | | | | 円 | | | | | | |