

宇佐市重度心身障害者医療費支給申請書

宇佐市長 殿

令和 年 月 日

下記のとおり医療費の支給を申請します。

申請者記載欄	受給者記号番号	支給対象者氏名(受給者氏名)フリガナ 生年月日()	印 (生)	
	住所・電話	TEL()		
	保険者番号	保険者名称		
	保険記号・番号	保険種別		

※振込先口座や加入医療保険などに変更があった場合は、%担当係%まで届け出てください。

医療機関記載欄	診 療 報 酬 証 明 書				
	診 療 月	年 月 分	患者氏名 男・女		
	保 険 診 療 総 額	入院	円	診療科名 医療機関の所在地・名称・電話番号・医療機関コード	
		(入院日数:)	日)		
		外来	円		
	他 法 公 費 負 担 額		円		
保 険 診 療 自 己 負 担 額	入院	円	印		
	外来	円	世帯区分	一般	
			非課税世帯	非課税世帯等の高齢福祉年金の受給権者	

医療機関又は調剤薬局記載欄	診 療 月	年 月 分	受信医療機関名	
			患者氏名	
	調剤報酬総額		円	調剤薬局又は、医療機関の所在地・名称・医療機関コード
	調 剤 報 酬 自 己 負 担 額		円	印

宇佐市記載欄()	保険診療総額	一部負担額	付加給付(高額)	自己負担額	支給額

※医療機関及び調剤薬局の証明は、診療科毎の証明となります。