

- 重度心身障害者等
- ひとり親家庭等

観音寺市長 宛て

受給者	受給資格者証番号								
	住所	観音寺市 町							
	氏名								
	生年月日	年			月		日		
被保険者	氏名								

年 月 日

下記のとおり一部負担金を支払いましたので、医療費の支給を申請します。

(医療機関等記入欄)

申請者氏名

診療報酬等による一部負担金額の証明													
年 月分		1 医科 3 調剤 2 歯科		協・共・組・国組・国						負担割合			
										1割	2割	3割	
区分	診療報酬等点数	(A)						点				点	
	障害者自立支援医療(育成医療及び更生医療に限る。)分に係る点数	(B)						点				点	
	(B)を含む他法等による公費負担額	(C)						円				円	
	本人負担	障害者自立支援医療(育成医療及び更生医療に限る。)分に係る一部負担金額(本人負担額)(注1)	(D)						円				円
		(D)以外の一部負担金額(本人負担額)(注1)	(E)						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				
	限度額適用認定証(適用区分)	A・B・C											
備考) 旧総合病院で入院外の診療報酬明細書を診療科ごとに作成している場合には診療科ごとの(A)~(E)の内訳を記入してください。													
科	診療報酬点数	点	うち(B)に係る点数	点	本人負担額(D)	円	(E)	円					
科	診療報酬点数	点	うち(B)に係る点数	点	本人負担額(D)	円	(E)	円					
科	診療報酬点数	点	うち(B)に係る点数	点	本人負担額(D)	円	(E)	円					
証明年月日		年	月	日	医療機関コード								
医療機関等の所在地											㊞		
名称及び開設者名													

注1 一部負担金額欄には、食事療養費及び生活療養費の標準負担額は含まれません。

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○をつけてください。

(適用区分) A: 上位所得者(限度額適用認定証)、B: 一般、C: 低所得者(限度額適用・標準負担額減額認定証)を確認後、適用区分に○をつけてください。

※市事務処理欄

区分	本人負担額	高額医療費	対象一部負担金額	控除額	支給決定額	備考
入院						
入院外						
計						
受付年月日	年 月 日					
支給年月日	年 月 日					

※欄は市において記入します。