

記載例

年 月 日

鏡野町長 殿
下記のとおり、医療費の給付を受けること
なお、受給資格の確認に必要書類を提出し、
ることを承諾します。

申請者本人が手書きをしない場合は押印が必要です。

連絡のつきやすい電話番号をご記入ください

| | | | | |
|-------|--------------------|----------------|---------------------|------------|
| 申請者氏名 | 鏡野 太郎 (※) | | 受給資格者との続柄 | 父 |
| 申請者住所 | 〒708-0392 鏡野町竹田660 | | TEL 090 (0000) 0000 | |
| 受給資格者 | フリガナ氏名 | カガミノ ハナコ 鏡野 花子 | 受給資格者の生年月日 | 令和〇年 □月 △日 |
| | 加入保険者名(会社名) | 保 険 記 号 番 号 | 単県公費受給資格者番号 | |

| | | |
|------------|-------|---------------------------------|
| 診療年月 | 年 月 日 | 保険証や受給資格者証の内容を記入ください(空欄でも構いません) |
| 医療機関等の名称 ☆ | 所在地 | |

| 受診科 | 入・外 | 請求期間 | 発行日 | 円 |
|-----|-----|------|-----|---|
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |
| | | | 計 | 円 |

領収書の内容を確認し、役場で記載をします。空欄でご提出ください。※領収書の添付が必要です

※領収証又は療養費支給決定通知書を添付してください。
※「入・外」区分の「外」には、指定訪問看護を含みます。

| | | |
|------|---------|-------------------------|
| 口座番号 | 金融機関の名称 | (〇〇)銀行・信用金庫・農協(××)本店・支店 |
| | 口座種別と番号 | 普通預金 口座番号 1 2 3 4 5 6 7 |
| | フリガナ名義人 | 鏡野 太郎 |

申請者(保護者)名義の口座をご記入ください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|------|------|---------|----------|----|---------|--------|----------|----|------|----|------|---------|----------|-----------------|----------------------|-----------------------|--------------|---|
| 市町村記入欄※ | 給付決定 | 診療年月 | 受給資格者番号 | 医療機関等コード | 入外 | 加入保険者番号 | 被保険者番号 | 決定点数(金額) | 性別 | 生年月日 | 日数 | 給付割合 | 総医療費(A) | 窓口負担額(B) | 高額療養費自己負担限度額(C) | 他法公費自己負担額(月額)公費番号(D) | 単県公費一部負担額(月額)外来・合算(E) | 単県公費償還給付額(F) | |
| | | | | | | | | 円 | | | | | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | 決裁 | 課長 | 特命参事 | 課長代理 | 主事 | 係 | システム入力 | 支出命令 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※(E)欄は、一部負担額に達しない場合はその額を記入してください。(F)欄がマイナスにならないように留意。
※(現物化されない)他法公費に該当する場合は、(F)=(D)-(E) ※(D)欄に他法公費番号を記入のこと。
※高額療養費に該当し、他法公費に該当しない場合は、(F)=(C)-(E)
※高額療養費及び他法公費に該当しない場合は、(F)=(B)-(E)