

様式第4号(第6条関係)

乳幼児医療費支給申請書

平成 年 月 日

三木町長 殿

|       |       |                          |
|-------|-------|--------------------------|
| 受給資格者 | 受給者番号 | <input type="text"/>     |
|       | 住 所   | 三木町大字                    |
|       | 氏 名   | <input type="text"/> (印) |
| 対象乳幼児 | 氏 名   | <input type="text"/>     |

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)

| 診療報酬等による一部負担金額 |                   |  |                            |                      |                      |                      |       |                      |                      |                      |                      |                      |   |
|----------------|-------------------|--|----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|
| 平成 年 月分        |                   |  | 1 医科 2 歯科 3 調剤 4 その他       |                      |                      |                      | 1 社保  |                      | 2 国保                 |                      |                      |                      |   |
| 区 分            |                   |  | 入 院                        |                      |                      |                      | 入 院 外 |                      |                      |                      |                      |                      |   |
| 診療報酬点数         |                   |  | <input type="text"/>       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 点     | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 点 |
| 区              | 他法負担額             |  | <input type="text"/>       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 円     | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 円 |
|                | 保険者負担点数(高額医療分を除く) |  | <input type="text"/>       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 円     | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 円 |
|                | 一部負担額(本人負担額)(注1)  |  | <input type="text"/>       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 円     | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 円 |
| 分              | 入院開始年月日(注2)       |  | 平成 年 月 日・継続                |                      |                      |                      |       |                      |                      |                      |                      |                      |   |
|                | 本月の入院継続日数又は通院日数   |  | 日                          |                      |                      |                      |       |                      |                      |                      |                      | 日                    |   |
| 証明年月日 平成 年 月 日 |                   |  |                            |                      |                      |                      |       |                      |                      |                      |                      |                      |   |
| 療養取扱機関番号       |                   |  | 医療機関等の所在地<br>名称及び開設者氏名 (印) |                      |                      |                      |       |                      |                      |                      |                      |                      |   |

(注1)一部負担金には、食事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○印をつけて下さい。

町事務処理欄

|                      |       |                      |                      |                      |                      |                                   |                      |
|----------------------|-------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------------|----------------------|
| 本人負担額(A)             |       | 高額医療<br>保険者負担額(B)    |                      | 付加給付額(C)             |                      | 支給決定額(D)<br>(D) = (A) - (B) - (C) |                      |
| <input type="text"/> |       | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>              |                      |
| 受付年月日                | 年 月 日 | 決 裁                  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="text"/> |
| 決済年月日                | 年 月 日 |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="text"/> |
| 支給年月日                | 年 月 日 |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="text"/> |