様式第３号（第７条関係）

医療費支給申請書

□ 重度心身障害者等
□ ひとり親家庭等

三 木 町 長　　殿

受給者	受給資格者証番号	
	区　分	
	住　所	三木町大字
	氏　名	
	生年月日	年　月　日生
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。

申請者氏名　　㊞

（医療機関等記入欄）

診療報酬等による一部負担金額の証明

年	1. 医科　3調剤	1. 社保　3. 後期	負担割合
月分	2. 歯科	2. 国保	１割　２割　３割

		入院	入院外
診療報酬点数	（A）	点	点
区分	障害者自立支援医療（更生医療・育成医療に限る。）分に係る点数（B）	点	点
区分	（B）を含む他法等による公費負担額（C）	円	円
区分 本人負担	障害者自立支援医療（更生医療・育成医療に限る。）分に係る一部負担金額（本人負担額）（注１）（D）	円	円
区分 本人負担	（D）以外の一部負担金額（本人負担額）（注１）（E）	円	円
区分	入院開始年月日（注２）	年　月　日・継続	
区分	本月の入院継続日数又は通院日数	日	日

（備考）旧総合病院で入院外の診療報酬証明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

医療機関等の所在地
名称及び開設者氏名　　印

（注１）一部負担金には、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○印をつけて下さい。

町事務処理欄

区　分	本人負担額	高額医療費	付加給付額	対象一部負担金額	控除額	支給決定額	重心・ひとり親の重複の有無	備考
入　院							有・無	
入院外							有・無	
計								

受付年月日	年　月　日	決裁					
決済年月日	年　月　日						
支給年月日	年　月　日						