

三木町 医療費支給申請書

(訪問看護療養費用)

年 月 日

三木町長 殿

受給資格者	受給者番号	
	住所	
	氏名	
対象者	氏名	

下記の一部負担額を支払いましたので、一部負担額に係る医療費の支給を申請します。
 なお、必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報、高額療養費等について三木町が私の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。

(訪問看護事業者記入欄)

訪問看護療養費基本利用料支払額						
年 月分	1 社保	2 国保	3 後期	1 割	2 割	3 割
訪問看護療養費総額						円
基本利用料						円
他法等支給額						円
本人負担額(その他利用料は含まない)						円
訪問回数						回
証明年月日 年 月 日						
療養取扱機関番号	訪問看護事業所の所在地 及び名称開設者氏名					

町事務処理欄

本人負担額 A	附加給付額 B	支給決定額 C C=A-B