

三木町医療費支給申請書

年 月 日

三木町長 殿

受給資格者	受給者番号						
	住所	三木町大字					
	氏名						
対象者	氏名						

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。
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。
(医療機関等記入欄)

診療報酬等による一部負担金額													
年 月分		1 医科 2 歯科 3 調剤 4 その他				1 社保 2 国保 3 後期							
区 分		入 院				入 院 外							
診療報酬点数						点						点	
区	他法負担額						円						円
	保険者負担点数(高額医療分を除く)						円						円
	一部負担額(本人負担額)(注1)						円						円
分	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							
証明年月日 年 月 日													
療養取扱機関番号						医療機関等の所在地 名称及び開設者氏名							

(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 保険者負担額(B)	付加給付額(C)	支給決定額(D) (D) = (A) - (B) - (C)