

中津市重度心身障害者医療費支給申請（請求）書

年 月 日

中津市長 へ

下記のとおり医療費の支給を申請（請求）します。

| | | | | | |
|--------|--------|--|------------------|-----------------------|--|
| 申請者記載欄 | 障がい者氏名 | | 受取者氏名 (口座名義人) | | |
| | 障がい者情報 | 住所：中津市 生年月日：明治 / 大正 / 昭和 / 平成 / 令和 年 月 日 電話番号： () | | | |
| | 受給者証番号 | 被保険者証 記号・番号 | 加入者保険名称 | | |
| | | | | 国保・社保・後期高齢 組合(名称) | |

| | | | | | |
|---------|--|---|---------------------------------|--|--|
| 医療機関記載欄 | 診療月 | 年 月分 | 患者氏名 | | |
| | 【 診療報酬証明書 】 | | | | |
| | 保険診療総点数 <small>柔道医療・鍼灸・マッサージなど、点数のない診療は総医療費をご記入ください</small> | 入院 点(入院日数 日) <small>(自立支援医療・特定疾病・特定疾患) (該当する治療の場合は、○で囲んでください)</small> | 医療機関の所在地・名称・代表者 電話番号・医療機関コード | | |
| | | 外来 点 <small>(自立支援医療・特定疾病・特定疾患) (該当する治療の場合は、○で囲んでください)</small> | (印) | | |
| | | 歯科 点 | | | |
| | | 訪問看護 (総医療費) 円 | | | |
| | 患者負担額 (保険対象分) | 入院 円 | | | |
| | 【 調剤報酬証明書 】 | | | | |
| | 保険診療総点数 | 点 | 調剤薬局の所在地・名称・代表者 電話番号・医療機関コード | | |
| | 患者負担額 (保険対象分) | 円 | (印) | | |

| | | | | | |
|------|-----------|-------|-------|-------|-------------------------------------|
| 市記載欄 | 支 給 決 定 額 | | | | 所得区分 |
| | 一部負担金 | 高額療養費 | 附加給付金 | 支 給 額 | 課税・非課税 |
| | 円 | 円 | 円 | 円 | ア・イ・ウ・エ・オ 低 1 ・ 低 2 一般 ・ 一定以上 |

※記載上の注意※

申請者は、太枠内のみご記入ください。
医療機関は、入院日数を必ずご記入ください。
医療機関記載欄内の訂正箇所には医療機関が訂正印を押してください。(修正液等は使用不可
医療機関(調剤薬局)による証明に代え、領収書の添付も可とします。
1つの医療機関(調剤分を含む)の1ヶ月分は、1回しか請求できないのでご注意ください。