様式第４号（第１２号関係）

医療費支給申請書

☐ 子ども

☐ 心身障害者

☐ ひとり親家庭

受給者	受給資格者証番号	
	住所	
	氏名	
	生年月日	
	電話番号	
被保険者	氏名	

東かがわ市長　殿

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
診療報酬等点数		(A)	点	点
区分	障害者自立支援医療(育成医療及び更生医療に限る。)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(育成医療及び更生医療に限る。)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明細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

医療機関コード　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関等の所在地

名称及び開設者名　　㊞

注１　一部負担金額欄には、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○印をつけてください。

市事務処理欄

区分	本人負担額	高額医療費	附加給付額	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								