

記入例

重度障害者・乳幼児・ひとり親家庭等・
(償還払分)

署名または押印を申請書
お願いします。

注
3 2 1
この申請書は、医療機関等で現金を支払った場合に使用するものです。
上段申請書欄は、申請者が記入してください。
中段診療報酬領収証明書欄は、医療機関等で記入してもらってください。

受給者	公費負担者番号	9	1	3	4	0	9	2	7	加入医療保険	被保険者氏名	神石 太郎					
	公費負担医療の受給者番号	4	4	4	4	4	4	4	4		番号・番号	0 1 2 3 4 5 6 7					
	住所	神石高原町小島 2025 番地									名称	神石高原町国保					
	氏名	神石 太郎 (印)									附加給付の有無・内容	有・無 ()					
	生年月日	明治・大正 〇〇年〇〇月〇〇日 昭和・平成									所在地	岡山県〇〇市〇〇〇〇番〇〇号					
振替先	金融機関名	神石高原 銀行 神石高原支店								金融機関コード	1 1 1 1 1 1 1						
	店舗名									店番							
申請額 (支払金額)	申請額									医療機関等	名称(氏名) 〇〇〇〇病院						
	(支払金額)									金融機関コード	店番						
振替先	金融機関名	神石高原 銀行 神石高原支店								金融機関コード	1 1 1 1 1 1 1						
	店舗名									店番							
申請額 (支払金額)	申請額									医療機関等	名称(氏名) 〇〇〇〇病院						
	(支払金額)									金融機関コード	店番						
上記のとおり申請します。																	
令和〇〇年〇〇月〇〇日																	
申請者 殿																	
住所 神石高原町小島 2025 番地																	
フリガナ 氏名 神石 太郎 (印)																	

署名または押印を
お願いします。

診療報酬領収証明書

氏名	年 月診療分								入院・入院外														
	診療実日数 日								医科・歯科・調剤・その他														
保険医療総医療費 (総点数×10)																領 収 額							
合 計	百万	十万	万	千	百	十	一	円	百万	十万	万	千	百	十	一	円							
(再掲)	入院外1日目							円								円							
	入院外2日目							円								円							
	入院外3日目							円								円							
	入院外4日目							円								円							
	入院外5日目以降計							円								円							
上記のとおり証明します。																平成 年 月 日							
医療機関等																所在地 名称 氏名 (印)							

ここから下は記入しないでください。

受付 令和 . .							支払命令	支給台帳
決裁 令和 . .							月 日	月 日
総医療費 A	保険給付額 B	他公費負担額 C	一部負担金額 D	支給決定額 E E=A-(B+C+D)	負担区分	障・乳・ひ		
円	円	円	円	円				