

医療費助成金交付請求書

年 月 日

大和高田市長 殿

(申請者) 住所 大和高田市

氏名 印

※金 円

TEL

ただし、 年 月分 医療費助成金を上記のとおり交付されるよう請求します。
 なお、上記金額を登録の口座に振り込んでください。

受給資格証 受給者番号		受給者氏名	
		生年月日	S・H 年 月 日生
加入医療保険 名称		加入医療保険 記号 番号	記号 番号

◎ 診療月ごとに申請してください。添付する領収書は受診者名・受診日・保険点数・金額・医療機関名・領収印のあるものに限ります。

※【医療等の状況】							年	月分	決定番号 ※
※入 院	医療機関名			医療機関コード					
	日数	総点数	自己負担支払額	高額療養費	一部負担金	支給額			
	(日 ~)	点	円	円	円	円			
※外 来 等	①	医療機関名			医療機関コード				
		日数	総点数	自己負担支払額	高額療養費	一部負担金	支給額		
		日	点	円	円	円	円		
	②	医療機関名			医療機関コード				
		日数	総点数	自己負担支払額	高額療養費	一部負担金	支給額		
		日	点	円	円	円	円		
	③	医療機関名			医療機関コード				
		日数	総点数	自己負担支払額	高額療養費	一部負担金	支給額		
		日	点	円	円	円	円		
	④	医療機関名			医療機関コード				
日数		総点数	自己負担支払額	高額療養費	一部負担金	支給額			
	日	点	円	円	円	円			
⑤	医療機関名			医療機関コード					
	日数	総点数	自己負担支払額	高額療養費	一部負担金	支給額			
	日	点	円	円	円	円			
合 計			自己負担支払額	高額療養費	一部負担金	支給額			
			円	円	円	円			

※確認欄	保険の自己負担割合(1割 ・ 2割 ・ 3割)	高額療養費の有無(限度額)
※決定		係
		決裁年月日
		交付年月日
	台帳確認	

※欄は記入しないでください