

様式第3号(第5条関係)

豊後高田市重度心身障害者医療費支給申請書

年 月 日

豊後高田市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

次のとおり医療費の支給を申請します。

申請者記入欄	受給者証番号	支給対象者 生年月日 ( 年 月 日生)
	支給対象者住所 豊後高田市	
	被保険者等の記号番号	保険者名

※太枠内に記入し、医療機関等の領収証を添付して(または下欄に証明を受けて)ください。

※振込先口座や加入医療保険などに変更があった場合は、速やかに届け出てください。

診 療 報 酬 証 明 書				
医療機関記入欄	診 療 月	年 月分	患者氏名 男・女	
	保 険 診 療 総 額	入院 円	保険医療機関等の所在地・名称	
		外来 円		
	他 法 公 費 負 担 額	円	印	
保 険 診 療 自 己 負 担 額	入院 円 外来 円	限度額 区分		

※診療月ごと、医療機関ごとに、入院・外来を区別して、それぞれ1枚ずつ記入してください。

支 給 決 定				
市記入欄	一部負担額(A)	高額療養費(B)	付加給付等(C)	支 給 額(A-B-C)