

# 由布市重度心身障がい者医療費支給申請書

平成 年 月 日

由布市長 様

下記のとおり医療費の支給を申請します。

※申請者記載欄	支給対象者(障がい者)氏名	障がい者生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	受給者(振込口座名義人)氏名 印
	支給対象者(障がい者)住所 由布市 (TEL )		受給者番号
	加入健康保険名称	健康保険証 被保険者記号番号	

診 療 報 酬 証 明 書			
医 療 機 関 等	診療月	平成 年 月分	患者氏名 男・女
	区分	診療報酬総額	自己負担額
	外来	点	円
	入院	点	円
	入院日数	日	
	世帯区分	非課税 ( 低1 ・ 低2 ) ・ 一般 ・ 上位 ( 現役並み )	
記 載 局	上記の通り一部負担金を受領しました。 平成 年 月 日 医療機関 所在地 名称 印		
	調剤月	平成 年 月分	患者氏名 男・女
		調剤報酬総額	薬剤自己負担額
		点	円
	上記の通り一部負担金を受領しました。 平成 年 月 日 医療機関 所在地 名称 印		

緑色の受給者証の一番上に記載している受給者番号を書いてください。

市 町 村 欄	支 給 決 定		
	一 部 負 担 額 ( A )	附 加 給 付 等(B)	支 給 額 (C=A-B)
外来	円	外来 円	外来 円
入院	円	入院 円	入院 円
薬剤	円	薬剤 円	薬剤 円

注 ※印の欄は、申請者が記入すること。