

決	受付 年 月 日				
	課長	課長補佐	係長	係	係
裁					

支給決定			
総医療費	保険診療一部負担金	自己負担額 附加給付額	支給決定額
円	円	円	円

大村市母子・父子福祉医療費支給申請書

大村市長 様

受給者	番号		加入保険	世帯主被保険者 組合員氏名	
	氏名			記号・番号	
	生年月日	年 月 日		名称	

診療報酬証明

患者氏名 ◎入院及び入院外は、別々に証明をお願いします。

¥ 円 (食事代及び保険診療外負担を除く)

入院

ただし、 年 月分保険診療一部負担金 として(該当するものを○で囲んでください)
入院外

保険診療総点数	点	診療日数	日
他法負担分点数 (結核・精神等)	点	補装具のときの 診療医療機関名	

年 月 日

医療機関等

所在地(住所)

名称

氏名

上記のとおり医療費の支給を申請します。

年 月 日

申請者住所

氏名

(本人が手書きしない場合は、記名押印して下さい。)

TEL

受付

領収書貼付場所

◎診療報酬証明に代えて領収書を添付する場合は、
患者氏名が確認できる領収書を添付して下さい。
保険診療点数・

◎金額及び点数が訂正された申請書は、訂正印があっても受け付けることができません。
◎太線の中は、医療機関で必ず記入して下さい。記入もれ等がある場合は、支給できないことがあります。

(注)◎高額医療に該当する場合は、高額医療の限度額以下が支給対象になります。

◎診療日の翌月以降に1か月分をまとめて申請して下さい。

◎医療機関ごとに、入院と入院外とに分けて申請して下さい。

◎申請書は郵送及び大村市の出張所においても受け付けますが、記入もれ等がある場合は、お返しすることがあります。