

診療報酬明細書 (または領収書添付欄)

医
療
機
関
記
入
欄

| | | | | |
|----------------------------|---|--------|-------|--------|
| 受診者名 | | 年 | 月 | 診療分 |
| 1. 入院 | | | | |
| 入院総点数 | 点 | 当月入院日数 | 日 | |
| | | 入院開始日 | 年 月 日 | |
| | | 退院日 | 年 月 日 | |
| 2. 外来 | | | | |
| 外来総点数 | 点 | 受診科 | 科 | 受診日数 日 |
| 外来総点数 | 点 | 受診科 | 科 | 受診日数 日 |
| 3. 高齢者医療確保法による一部負担金 | | | | |
| 入院 | 点 | × | 割 | = 円 |
| 外来 | 点 | × | 割 | = 円 |

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

医療機関名

印

福祉医療費給付金支給申請書

令和 年 月 日

◎該当する番号に○をつけてください。

- 1. 乳幼児・児童
- 2. 障害者
- 3. ひとり親
- 4. 妊産婦

大桑村長 宛

申請者(または保護者)

住 所 大桑村大字

名 前

印

福祉医療費給付金を次のとおり申請します。

| | | | | |
|--------|----------|----------------------|-----------|--|
| 申請者記入欄 | 受給者氏名 | | 加入医療保険の状況 | 国保(一般・退職)・後期 建国・政管・協会 組合・共済・その他 記号・番号 |
| | 受給者生年月日 | 大正・平成 昭和・令和 年 月 日 | | |
| | 受給資格者証番号 | | | |

※村記入欄

支給額 $\left[\quad \right] \times \frac{1}{10} \left[\quad \right] - \left[\quad \right] - \left[\quad \right] - \left[500 \right] = \left[\quad \right] \left[\quad \right]$

総点数 自己負担額 高額療養費 附加給付額 一部負担額 給付額 確認者

太線枠内は申請者が必ず記入すること