乳幼児医療費支給申請書

平成　　年　　月　　日

直　島　町　長　　殿

受給資格者	受給者番号	
	住　　所	
	氏　　名	㊞
対象乳幼児	氏　　名	

次のとおり一部負担金を支払いましたので、一部負担金に係る医療費の支給を申請します。

(医療機関等記入欄)

診療報酬等による一部負担額

平成　　年　　月分	1. 医科　2. 歯科　3. 調剤　4. その他	1. 社保　　2. 国保

区分		入院	入院外
診療報酬点数		点	点
区分	他法負担額	円	円
	保険者負担点数（高額医療分を除く）	円	円
	一部負担額（本人負担額）（注１）	円	円
	入院開始年月日（注２）	平成　年　月　日・継続	
	本月の入院継続日数または通院月数	日	日

証明年月日　　平成　　年　　月　　日

医療機関等の所在地
及び名称開設者氏名　　㊞

注１　一部負担額欄には、食事療養費の標準負担額は含まれません。
　２　入院開始年月日欄には、入院開始年月については入院年月日を記入し、前月から引き続き入院している場合には、継続に〇印をつけてください。

市町事務処理欄

本人負担額（A）	高額医療 保険者負担額（B）	付加給付額（C）	支給決定額 D＝A－B－C

受付年月日	年　　月　　日
決裁年月日	年　　月　　日
支給年月日	年　　月　　日

決裁					