

中津市重度心身障害者医療費支給申請（請求）書

平成 年 月 日

中津市長 へ

下記のとおり医療費の支給を申請（請求）します。

申請者記載欄	障がい者氏名		受取者氏名 (口座名義人)	(印)
	障がい者情報	住所：中津市 生年月日：明治 / 大正 / 昭和 / 平成 年 月 日 電話番号： ()		
	受給者証番号	被保険者証 記号・番号	加入者保険名称	
			国保・社保・後期高齢組合(名称)	

医療機関記載欄	診療月	平成 年 月分	患者氏名		
	【 診療報酬証明書 】				
	保険診療総点数 <small>柔道医療・鍼灸・マッサージなど、点数のない診療は総医療費をご記入ください</small>	入院 点(入院日数 日) (自立支援医療・特定疾病・特定疾患) <small>(該当する治療の場合は、○で囲んでください)</small>	医療機関の所在地・名称・代表者 電話番号・医療機関コード		
		外来 点 (自立支援医療・特定疾病・特定疾患) <small>(該当する治療の場合は、○で囲んでください)</small>			
		歯科 点			
		訪問看護 (総医療費) 円			
	患者負担額 (保険対象分)	入院 円	(印)		
		外来 円			
		歯科 円			
		訪問看護 円			
【 調剤報酬証明書 】					
保険診療総点数	点	調剤薬局の所在地・名称・代表者 電話番号・医療機関コード			
患者負担額 (保険対象分)	円	(印)			

市記載欄	支 給 決 定 額				所得区分
	一部負担金	高額療養費	附加給付金	支給額	課税・非課税
					ア・イ・ウ・エ・オ
	円	円	円	円	低1・低2 一般・一定以上

※記載上の注意※ 申請者は、太枠内のみご記入ください。
医療機関は、入院日数を必ずご記入ください。
訂正箇所には訂正印を押してください。(修正液等は使用不可)