

諫早市長 様

下記のとおり、福祉医療費の支給を申請します。

申請者記入欄	氏名 (受給者)			住所	諫早市	
	受給者証 記号番号			患者 生年月日	1 明治・3 昭和・5 令和 2 大正・4 平成 年 月 日	
	加入保険 の名称		被保険者証 記号番号		フリガナ	
					患者氏名 (支給対象者)	

診療報酬証明書

医療 機 関 関 連 記 入 欄	診療月	平成 令和 年 月 分			日ごとの保険診療による一部負担金が月の 上限1,600円を超えるまで記入してください		
	保険診療 総点数	入院	点	外 調	来 剤	点	日 目 点数 一部負担金額
		入院日数	日	外来日数	日	日 目 点 円	
	保険診療 一部負担金	入院	円	外 調	来 剤	円	日 目 点 円
		入院	点	外 調	来 剤	点	日 目 点 円
	高齢者の医療の確保に 関する法律 一部負担金	入院	点	外 調	来 剤	点	医療機関の 所在地 名称 代表者名
		入院日数	日	外来日数	日	医療機関コード	
入院		円	外 調	来 剤	円		
公費負担					点	㊦	

支給決定

処 理 欄	一部負担金 (A)	高額療養費 (B)	附加給付額 (C)	自己負担額 (D)	支給額 (A-B-C-D) (E)
	備			考	

- 注 1 入院については、当該月の入院日数を併せて記入してください。  
 2 外来については、当該月の外来日数を併せて記入してください。  
 3 障害者で高齢者の医療の確保に関する法律の適用者にあつては、「高齢者の医療の確保に関する法律一部負担金」の欄に記入することとし、外来については、当該月の一部負担金額を併せて記入してください。  
 4 医療機関の証明については、医療機関の発行する領収書（証明事項の記入されたものに限る。）により代えることができます。なお、領収書はお返しできませんので御了承ください。

※1ヶ月に2日以上診療で支払額が1,600円以下の場合も支給対象となることがあります。1日の支払いが自己負担額800円を超えている場合、その差額が支給されます。