

原村医療費特別給付金支給申請書

区 分

年 月 日

◎太枠の中を記入

◎この申請書は診療月の数だけ必要です。

|                                                                                                              |    |                                   |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 申請者<br>【1】                                                                                                   |    |                                   | 郵便番号                                                      |
| 住所                                                                                                           | 原村 | 番地                                |                                                           |
| 受給者<br>【2】                                                                                                   |    | 【1】と同<br><input type="checkbox"/> | 電話番号(昼間連絡の取れる番号)                                          |
| 生年月日<br><br>年 月 日 ( 歳 )                                                                                      |    |                                   | 加入している医療保険<br>後期・国保・国組・協会・組合・共済<br>※変更があった場合は変更届の提出が必要です。 |
| 原村長様 下記承諾したので申請します。<br>1、申請書の審査をするために、村が必要な情報や資料等を医療機関や保険者等に求めることを承諾します。<br>2、過払い等が発生した時は、返還または充当することを承諾します。 |    |                                   |                                                           |

|                                                       |       |   |             |   |            |   |      |   |
|-------------------------------------------------------|-------|---|-------------|---|------------|---|------|---|
| 【紛失等の場合はこちらへ】<br>医療機関証明欄<br>年 月分<br>.....科<br>診療報酬等明細 | 外 来   |   | 入 院         |   | 柔道整復師      |   | 調剤薬局 |   |
|                                                       | 日数    | 日 | 点数          | 点 | 入院開始日      | 年 | 月    | 日 |
|                                                       | 負担割合  |   | 1 割 2 割 3 割 |   |            |   |      |   |
|                                                       | 患者負担額 |   | 保険適用<br>円   |   | 保険適用外<br>円 |   |      |   |
| 上記のとおり証明します。<br>医療機関等 住 所 (電話 )<br>名 称 代表者氏名 ㊞        |       |   |             |   |            |   |      |   |

受給者番号

《 年 月分 》

| 医療機関<br>コード | 診療<br>日数 | 診療点数  | 負担<br>割合 | 本人支払額 | △付加<br>給付額 | △高額<br>療養費 | 支給決定額 |
|-------------|----------|-------|----------|-------|------------|------------|-------|
|             |          | 点     | 割        | 円     | 円          | 円          | 円     |
|             |          | 点     | 割        | 円     | 円          | 円          | 円     |
|             |          | 点     | 割        | 円     | 円          | 円          | 円     |
|             |          | 点     | 割        | 円     | 円          | 円          | 円     |
|             |          | 点     | 割        | 円     | 円          | 円          | 円     |
|             |          | 点     | 割        | 円     | 円          | 円          | 円     |
|             |          | 点     | 割        | 円     | 円          | 円          | 円     |
| 資格区分        |          | 県単・村単 |          |       | 支給合計額      |            | 円     |

《裏面》

| 医療機関<br>コード | 診療<br>日数 | 診療点数  | 負担<br>割合 | 本人支払額 | △付加<br>給付額 | △高額<br>療養費 | 支給決定額 |
|-------------|----------|-------|----------|-------|------------|------------|-------|
|             |          | 点     | 割        | 円     | 円          | 円          | 円     |
|             |          | 点     | 割        | 円     | 円          | 円          | 円     |
|             |          | 点     | 割        | 円     | 円          | 円          | 円     |
|             |          | 点     | 割        | 円     | 円          | 円          | 円     |
|             |          | 点     | 割        | 円     | 円          | 円          | 円     |
|             |          | 点     | 割        | 円     | 円          | 円          | 円     |
|             |          | 点     | 割        | 円     | 円          | 円          | 円     |
|             |          | 点     | 割        | 円     | 円          | 円          | 円     |
|             |          | 点     | 割        | 円     | 円          | 円          | 円     |
|             |          | 点     | 割        | 円     | 円          | 円          | 円     |
|             |          | 点     | 割        | 円     | 円          | 円          | 円     |
|             |          | 点     | 割        | 円     | 円          | 円          | 円     |
|             |          | 点     | 割        | 円     | 円          | 円          | 円     |
|             |          | 点     | 割        | 円     | 円          | 円          | 円     |
|             |          | 点     | 割        | 円     | 円          | 円          | 円     |
| 資格区分        |          | 県単・村単 |          |       | 支給合計額      |            | 円     |

◎世帯主医療費特別給付金をご利用の方のみ、下欄にご記入願います。

|         |  |                                   |  |      |  |  |  |  |  |    |       |  |
|---------|--|-----------------------------------|--|------|--|--|--|--|--|----|-------|--|
| 振込先金融機関 |  | 支店名                               |  | 口座番号 |  |  |  |  |  | 種別 | 口座名義人 |  |
|         |  |                                   |  |      |  |  |  |  |  |    | フリガナ  |  |
|         |  |                                   |  |      |  |  |  |  |  |    |       |  |
| 委任状     |  | なお、支給される費用の額の受領については、口座名義人に委任します。 |  |      |  |  |  |  |  |    |       |  |
|         |  | 氏 名 <span>印</span>                |  |      |  |  |  |  |  |    |       |  |