

- ※ 各月、医療機関ごとに作成してください。
- ※ 申請できるのは受診した日の翌月から1年間です。  
(例) 4月診療分は、翌年の4月末日まで申請できます。

受 付

## 豊後大野市重度心身障害者医療費支給申請書

豊後大野市長 様

下記のとおり医療費を請求します。

[受給者記入欄]

受給者 住 所 豊後大野市三重町.....番地..... 氏 名 ..... ( 大・昭・平・令 年 月 日生まれ ) 電話番号 .....	受 給 者 番 号
---	-----------

[医療機関等記入欄]

保 険 診 療 額 領 収 証 明 書											
患 者 名					生 年 月 日	T・S・H・R		年	月	日	生
診 療 月			年		月分	入院日数		日	外来日数		日
	入 院			入 院 外			歯 科		調 剤		
保 険 診 療 総 点 数			点			点			点		点
保 険 診 療 自 己 負 担 額			円			円			円		円
区 分	1. 後期高齢者    2. 一 般    3. その他										
令和 年 月 日											印
	医療機関等所在地 名称 (氏名) 電話番号										

[豊後大野市記入欄] (1. 入院 2. 外来 3. 歯科 4. 調剤)

区 分	自己負担額	高額 (附加給付)	合 計	交 付 決 定 額
区 分	自己負担額	高額 (附加給付)	合 計	交 付 決 定 額

上位 一般 低Ⅰ 低Ⅱ (                      円) 高額医療申請 [ 未 ・ 済 ]