

別府市重度心身障害者医療費支給申請書

別府市長 へ

令和 年 月 日

整理番号

下記のとおり医療費の支給を申請します。

* 申 請 者	生年月日	大・昭・平・令		受給者氏名		
	支給対象者氏名			㊞		
	受給者住所	別府市 (電話 — —)				
	受給者証番号	保険種類			記号・番号	
		保険者				
診 療 報 酬 証 明 書						
医 療 機 関	診察年月	平成	年	月分	患者氏名	
	診察科目・処方医療機関(薬局の場合)			医療機関の所在地・名称・印		
	保険診療の 総 額	入院	円	又は	外来	円
	他法公費負担額			(電話 — —)		
	保険診療の 自己負担額	円		医療機関番号		
	薬剤負担額	円		医療区分	一般・前期高齢者・後期高齢者	
	合 計	円		世帯区分	非課税 低所得Ⅰ 低所得Ⅱ 一般 課税 特例基準未満 上位所得者 一定以上所得	
			高額療養費等の 状況	回目 世帯合算 ()		
支 給 決 定						
市	一部負担額計	高額・世帯合算等	付加給付限度額	支 給 額		

- 注 1 *印の欄は、申請者が記入してください。
 2 診療報酬証明書欄は、医療機関にて記入してください。
 3 診療科目欄は、総合病院の場合記入をお願いします。
 4 医療費は、登録口座に支給します。変更する場合は、手続きをお願いします。
※ 担当者が私及び世帯員の市民税課税台帳を閲覧することに同意します。