

様式第5号(第8条関係)

受 付 日		受 給 者 番 号		医療機関コード		保険種別		被 保 区 分		
						国 退 政 組 老		本 被		
支 給 内 容	点 数		一部負担金(1)		付加給付額(2)		高額療養費(3)		差引償還額	
			①+②+③						(1)-(2)-(3)	
	保険診療一部負担金		薬剤分一部負担金		回数	食事療養費	食事療養費標準負担額		高額・自己負担限度額	
	①		②				③			

母子家庭等医療費支給申請書(請求書)			
申 請 者 記 入 欄	<table><tr><td>金 額</td><td>円</td></tr></table>	金 額	円
	金 額	円	
	母子家庭等の医療費支給に関する条例により、下記のとおり領収書を添えて請求します。		
	令和 年 月 日		
敦 賀 市 長 殿			
	受給者番号 02		
	受 給 者 住 所 氏 名 印		
	(TEL - -)		

領 収 書					
医 療 機 関 記 入 欄	<table><tr><td>金 額</td><td>円</td></tr><tr><td>①+②+③+④</td><td></td></tr></table>	金 額	円	①+②+③+④	
	金 額	円			
	①+②+③+④				
	患者氏名				
	傷 病 名	保険診療一部負担金 ① 円			
	診療月	入 院 月 日～ 日 薬剤分一部負担金 ② 日分 円			
		外 来 月 日～ 日 入院時食事療養費負担金 ③ 日 円			
	保険診療総合点	点/円 訪問看護療養費負担金 ④ 日 円			
保険の種類	本人／家族 1国保 2退職 3政管 4共済 5組合 6その他 7老人				
上記の金額を領収しました。					
年 月 日 殿					
住 所 医療機関名 印					

＜医療機関へのお願い＞ 1 点数及び金額は、保険診療の対象分のみ記入してください。
2 1ヶ月分の診療分をまとめて、領収書欄に記入してください。

入 力	確 認