

医療費支給申請補助用紙 (1ヶ月に1枚記入してください)

受給者番号

受給者氏名

R 年 月 分

* 太枠内の医療機関名のみご記入ください。

区分	医療を受けた病院名	診療期間	診療日数	総点数	窓口徴収額	一部負担額	高額療養費	給付額
入院		～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円
通院		～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円
歯科		～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円
調剤		～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円
補装具		～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円
訪問看護		～	日	点	円	円	円	円
高額		～	日	点	円	円	円	円