

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 2 2 2 2 2 2 2

受給者氏名 八幡 太郎

R 6 年 4 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	〇〇病院				円	円	円	円
	△△クリニック	～	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	〇〇歯科医院	～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円
調剤	△△薬局	～	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

受診された病院名をご記入ください。