

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 | 年            月分 |
| 受給者氏名 |                 |

＊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<br>日数 | 総点数 | 窓口<br>徴収額 | 一部<br>負担額 | 高額<br>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<br>看護 |           | ～    | 日        | 点   | 円         | 円         | 円         | 円   |
| 高額       |           | ～    | 日        | 点   | 円         | 円         | 円         | 円   |