様式第３号（第３条関係）

寡婦医療費助成金申請（請求）書

　　　　年　　月　　日

（宛先）えびの市長

住所

申請者

氏名　　　　　　　　印

　　　　年　　月分入院医療費の給付を受けたく申請（請求）します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請（請求）額 | | |  | | | |  | | | |
| 受給資格証番号 | | |  | | | | 加入保険 | 被保険者氏名 |  | |
| 受診者 | 氏　　　　　名 | |  | | | | 保険証記号番号 |  | |
| 生　年　月　日 | |  | | | | 保険名 |  | |
| 金融機関 | |  | | 預金種別 |  | 口座名義 | |  | 口座番号 |  |

（注）１　申請（請求）額は、医療機関等に一部負担金（差額ベッド、電気器具使用料、付添看護料、おむつ借料、入院時食事療養に係わる食事療養標準負担額等を除く）として支払った額を記入してください。

２　給付決定額は、申請（請求）額から控除額（高額療養費等）を差引いた額となります。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| この欄は、医療機関及び調剤薬局で記入してください。  なお、差額ベット、電気器具使用料、付添看護料（医師が認めないもの）、おむつ借料、入院時食事療養に係わる食事療養標準負担額等の経費は、控除してください。 | 年　　月分入院診療（調剤）報酬 | | | |
| 診療実日数 | 総点 | 保険以外公費点数 | 一部負担額受領額 |
| 日 | 点 | 点 | 円 |
| 上記の金額を受領いたしました。  　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　医療機関等の　名　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　印 | | | |
| 調剤報酬負担金受領額 | 左記の金額を受領いたしました。  　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　調剤薬局の　名　称  　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　印 | | |
| 点 |
| 円 |