| 医科 | 歯科 | 調剤 | 接骨 | 療養費 | その他 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 3 | 4 | 7 | 8 | 9 |

# □子ども □障害者 □ひとり親家庭等 医療費支給申請書

(宛先) 高松市長　　令和　年　月　日

| | | |
|---|---|---|
| 受給者 | 住所 | 高松市 |
| | フリガナ<br>氏名 | 昭和 平成 令和　年　月　日生 |
| | 医療証番号 | |
| | (個人番号)※ | |
| | 医療保険 | 保険者番号 / 記号 / 番号 / 枝番 |
| 被保険者<br>(国保の場合は世帯主) | 住所 | □ 受給者に同じ<br>高松市 |
| | フリガナ<br>氏名 | □ 受給者に同じ　昭和 平成 令和　年　月　日生 |
| 申請者<br>(保護者・介護者) | 住所 | □ 受給者に同じ<br>高松市 |
| | フリガナ<br>氏名 | □ 受給者に同じ |
| | 電話番号 | |
| 振込先 | 銀行 農協 金庫・組合　店所 出張所 | (フリガナ)<br>口座名義人 |
| | 預金種別 普通<br>口座番号 | |

次のとおり一部負担額を支払いましたので、一部負担額に係る 子ども 障害者 ひとり親家庭等 医療費(入院時の食事療養及び生活療養に係る標準負担額を除く。)の助成を、高松市医療費助成条例施行規則第9条第2項の規定により申請します。また、医療保険各法に定める高額療養費又は高額介護合算療養費に該当した場合には、公募等により私及び私と医療保険の保険者番号、記号及び番号が同一の者の市民税・県民税の課税内容及び医療保険の被保険者等の資格に関する情報について調査することに同意します。

(医療機関等記入欄)

## 診療報酬による一部負担額

( 令和　　年　　月分 )

使用した医療保険に○印をしてしてください。

| 社保 | 国保 | 本人 | 家族 |
|---|---|---|---|

| 区分 | | | 入院 1 | 入院外 2 |
|---|---|---|---|---|
| 総診療報酬点数 | | ① | 点 | 点 |
| 区分 | 他法負担点数 | ② | 点 | 点 |
| 区分 | 一部負担金(本人負担額) | ③ | 円 | 円 |
| 区分 | 入院の開始年月日 | | 年 月 日 | |
| 区分 | 本月の入院日数 | | 日 | |

年　月　日

医療機関等の所在地
及び名称・開設者氏名　　㊞

| 内容審査 | 受付 |
|---|---|
| | |

※受給者の個人番号については、原則記入を求めません。
医療保険資格情報について別途確認の必要がある方についてのみ提供を求めます。

| 添付書類チェック欄 | | | | 確認事項 | |
|---|---|---|---|---|---|
| □ 医療保険限度額適用認定証(持っている方のみ) | □ 高額療養費支給決定通知書(該当者のみ) | □ 付加給付決定通知書(該当者のみ) | □ 診療月当時の健康保険証、資格確認書、資格情報のお知らせ(旧小児医療のみ) ※コピーを添付 | | □ 保育施設や学校管理下でのケガではない。 |

◎申請書は診療月の翌月から5年以内に提出してください。

R6.12.2～