

記入例

医科	歯科	調剤	接骨	療養費	その他
1	3	4	7	8	9

県外受診、療養費
(医療費を立替え払いした場合)

☐ 子 ど も
☒ 障 害 者
☐ ひ と り 親 家 庭 等

医療費支給申請書

令和〇年〇月〇日

申請者記入欄

受給者	住 所	高松市〇〇町〇〇丁〇〇番(地)									
	フリガナ	サヌキ タロウ									
	氏 名	さめき 太郎									
	医療証番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	(個人番号)※	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
医療保険	保険者番号	(例)国保:370015			記 号			番 号			枝 番
	(例)国保:370015			(例)国保:香川1			(例)国保:12345			(例)国保:01	
被保険者 (国保の場合は世帯主)	住 所	☐ 受給者と同じ 高松市〇〇町〇〇丁〇〇番(地)									
	フリガナ	☐ 受給者と同じ サヌキ ジョウ次郎									
	氏 名	さめき 次郎									
申請者 (保護者・介護者)	住 所	☒ 受給者と同じ 高松市									
	フリガナ	☒ 受給者と同じ									
	氏 名										
	電 話 番 号	〇〇〇-△△△-〇〇〇									
振込先	銀行	〇〇	農協	△△	店 所	(フリガナ)					サヌキ タロウ
	預金種別	普通	1	2	3	4	5	6	7	口座番号	さめき 太郎

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

原則、受給者本人名義の口座

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。

医療機関証明欄

診療報酬による一部負担額

(令和 年 月 分)

区 分	入 院	1
総 診 療 報 酬 点 数 ①		点
他 法 負 担 点 数 ②		点
一 部 負 担 金 (本 人 負 担 額) ③		
入 院 の 開 始 年 月 日	年 月 日	
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

使用した医療保険に○印をして
してください。

県外の医療機関で医療費の自己負担額の証明をもらってください。
(療養費の場合は不要)

※ただし、証明手数料がかかる場合や、突発的な受診で再診がない場合は、障がい福祉課医療係までお問合せください。

㊟

押印必須

＜治療用装具・治療用眼鏡の添付書類＞

- ①装着証明書(写)(眼鏡の場合は、作成指示書)
 - ②領収書(写)
 - ③健康保険からの療養費支給決定通知書(原本)
- ※高松市国保の加入者は③を省略可能

＜あんまマッサージ・はりきゅうの添付書類＞

- ①健康保険へ提出した療養費支給申請書(写)
 - ②健康保険からの療養費支給決定通知書(原本)
- ※高松市国保の加入者は②を省略可能