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、療養費など
（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 ●●年 ●●月 ●●日

申請者記入欄

受給者	住所	高松市 番 町 1 丁目 8 番 15 号 番地	
	氏名	フリガナ サヌキ タロウ さぬき 太郎 昭和○○年 ○月 ○日生	
	医療証番号	9 ● ● ● ● ● ●	
申請者（保護者・介護者）	住所	高松市 番 町 1 丁目 8 番 15 号 ●● 番地 ●●	
	氏名	フリガナ サヌキ タロウ さぬき 太郎 ✕	R6.4.1～ 押印不要
	電話番号	087-839-2333	
被保険者（国保の場合は世帯主）	住所	高松市 番 町 1 丁目 8 番 15 号 番地	
	氏名	フリガナ サヌキ ジロウ さぬき 次郎 昭和●●年 ●●月 ●● 日生	
医療保険	保険者番号	（例）国保：00370015	記号 （例）国保：香川1 / 番号 （例）国保：1234567
振込先	銀行 農協 金庫 組合	●●	店所 出張所 ●●
	預金種別 口座番号	普通 1 2 3 4 5 6 7	口座名義人 （フリガナ） サヌキ タロウ さぬき 太郎

原則、受給者本人名義の口座

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 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 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、公簿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

（平成 令和 年 月分）

使用した医療保険に○印をしてください。 社保 国保

区分			入院	1	入院
総診療報酬点数		①	点		
区分	他法負担点数	②	点		
	一部負担金（本人負担額）	③	円		
	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 ㊞

医療機関で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、遠方の病院で再診がない場合は、障がい福祉課医療係までお問い合わせください。

押印必須

※ 本人負担額が 57,600円を超える場合は、健康保険限度額適用認定証又は、高額療養費支給決定通知書が必要です。

内容審査	受付	保険種類
		51

添付書類チェック欄					確認事項	
	□ 健康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（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

療養費の添付書類

提出してください。

R2.4.1～

≪治療用装具・小児弱視等眼鏡≫
①装着証明書（写）（眼鏡の場合は、作成指示書）
②領収書（写）
③健康保険へ提出した療養費支給申請書（写）
④健康保険からの療養費支給決定通知書（原本）
※高松市交付の国保は①、②のみ

≪鍼灸・マッサージ≫
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）
※高松市交付の国保は①のみ