

(宛先) 韮崎市長
下記のとおり請求します。

受付印

保 険 点 数	
保 険 医 療 費 総 額	
保 険 者 負 担 額 (△)	
自 己 負 担 金	
他法及び附加給付金 (△)	
高 額 医 療 費 (△)	
高額介護合算療養費 (△)	
支 給 決 定 額	

注) 太枠内をご記入ください。

年 月 診療	受 給 者 番 号
受 給 者 名	受 給 者 生 年 月 日
	年 月 日生
保 護 者 住 所	保 護 者 名
電話番号()	㊟

診療報酬証明書(この欄は、診療をうけた月の翌月10日以後に医療機関等において証明を受けてください。)

診療日(月ごと)	診療報酬請求点数	入院・入院外の別等
年 月 日～ 年 月 日	点	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 治療材料 <input type="checkbox"/> その他
保険診療負担金額	金額 円 ※(公費負担金額)	
入院期間	年 月 日～	年 月 日
上記のとおり証明します 年 月 日 医療機関等 所在地 名称・代表者名 印		

- 1 受給者証の記載事項や振込先金融機関・口座番号等に変更があった場合には市役所担当まで届け出てください。
- 2 領収書の添付ができないときには、診療報酬証明(医療機関の証明)を受けて請求してください。また、その場合は医療機関ごとに請求書を提出してください。
- 3 診療月の翌月から1年間が経過しても請求のない場合、助成金は支給できません。
- 4 この助成制度より、他の保険制度等が優先されますので、附加給付・高額医療・高額介護合算療養費を受けられた場合は、申請時に支給決定通知書を添付してください。
- 5 不正請求や重複請求により給付された場合は、既助成額をご返納いただきます。