

特定疾患医療費等支給申請書 (通院用)

年 月 日

岡山県知事 殿 下

(申請者) 住 所
氏 名
続 柄
電話番号

岡山県特定疾患治療研究事業実施要綱第24条の規定により、診療報酬領収証明書の内容について、下記のとおり申請します。なお、支払金額は、次の口座にお振り込みください。

申請額 円

振込先	銀行	支店	ふりがな	
金融機関	当座・普通	口座番号	名義人	

※名義人は申請者と同一人物であること。

診療報酬等領収証明書 (年 月分)					
受給者氏名		加入保険	協・組・共・国・国組・後・介 ()		
		○をつけて下さい	本人 ・ 家族		
生年月日(年齢)	年 月 日 (才)	保険者負担割合	7割・8割・9割 (割)		
		○をつけて下さい			
特定疾患の公費負担者番号		特定疾患の受給者番号			
診療日	区分	保険診療等総額 A	保険等負担額 (高額療養費等含む) B	患者一部負担額 (月額自己負担限度額 円) C	公費対象額 D = A - B - C
日	医療費				
日	医療費				
日	医療費				
上記のとおり証します。					
年 月 日		所在地 医療機関の名称 代表者名			
<p>(注) ・ 特定疾患に係る認定期間内の医療費及び薬剤一部負担額、又は介護保険制度に基づくサービス費のみ記入してください。</p> <p>・ 高額療養費制度該当者については、高額療養費決定通知書、又は限度額適用認定証等の交付を受けている場合はその写しの添付が必要です。</p>					

○ 内は、医療機関・薬局・指定居宅サービス事業者等に証明してもらってください。

決定額 ※ 円 ※記入しないで下さい