

記入例

受診医療機関明細

重度心身障害者医療助成の有・無に○をつけてください。

被保険者番号 01234567 氏名 肥後 太郎

重度心身障害者医療助成の有・無 ※注1 有 ・ 無

療養を受けた保険医療機関等の名称	療養を受けた期間	入院・外来	領収証の枚数	自己負担額 ※注2	※記入不要 高額療養費支給 金額	※記入不要 還付額
手取本庁病院	平成28年 4月	入院・ 外来	2枚		記	記
手取本庁病院	平成28年 5月	入院・ 外来	5枚			
手取本庁病院	平成28年 6月	入院・ 外来	3枚			
手取本庁病院	平成28年 7月	入院・ 外来	4枚			
手取本庁病院	平成28年 5月	入院 ・外来	1枚			
熊本病院	平成28年 5月	入院・ 外来	1枚			
熊本病院	平成28年 6月	入院・ 外来	3枚			
〇〇歯科	平成28年 5月	入院・ 外来	2枚			
〇〇歯科	平成28年 6月	入院・ 外来	1枚			
△△調剤	平成28年 5月	入院・ 外来	1枚			
	平成 年 月	入院・外来	枚		不	不
医療機関等の名称を、月別に記入	平成 年 月	入院・外来	枚			
	平成 年 月	入院・外来	枚			
	平成 年 月	入院・外来	枚		要	要
	平成 年 月	入院・外来	枚			
	平成 年 月	入院・外来	枚			
	平成 年 月	入院・外来	枚			
	平成 年 月	入院・外来	枚			
合計			24枚	円		

※注1 重度心身障害者医療費助成を受けられている方は、有に○をしてください。

※注2 病院に支払った自己負担額は1円未満の四捨五入によって誤差が生じる場合があります。
お手数ではございますがご記入をお願いします。

※注3 すでに高額療養費が支給されている場合は、高額療養費の額を考慮して還付されます。