

受給資格者証番号		保 険 の 種 類	被保険者 氏 名	
子 ど も 等	氏 名			
	生年月日			
	申請者との続柄			
受給資格者氏名			記号・番号	
			保険者名	

診療月	年 月分		患者氏名		
療養の給付 総点数	入院	点	療養の給付に 係る一部負担金	入院	円
	外来	点		外来	円
うち他法制度負担金		点	証明手数料の徴収	有(円)・無	
令和 年 月 日					
医療機関等の所在地					
名称					
開設者氏名					
印					

※ 市町村記入欄

支給決定伺		課 長	補 佐	係 長	係	備 考	
決 裁 欄							
１．課 税 ２．非課税						支 給 決 定 額	
区 分	一部負担金 A	附 加 給 付 の 額 B	他法制度に よる負担金 C	自己負担金 (A-B-C) D	証明手数料 E	支 給 決 定 額 D + E	
入院	円	円	円	円	円	円	
外来	円	円	円	円	円	円	
計	円	円	円	円	円	円	