第 11 号様式(第 12 条関係)

<table>
<tr><td colspan="6">結核・精神医療給付金支給申請書　(　医科　・　調剤　)</td></tr>
<tr><td rowspan="5">被保険者が記入するところ</td><td rowspan="2">保険証の記号番号</td><td colspan="2">記号・番号</td><td rowspan="4">医療を受けた方</td><td>氏名</td></tr>
<tr><td colspan="2">35－　　・　　(枝番)</td><td>生年月日
年　月　日</td></tr>
<tr><td>診療年月</td><td colspan="2">年　月</td><td rowspan="2">世帯主との続柄</td></tr>
<tr><td>算定した費用の額</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">診療薬剤の支給又は手当てを受けた病院・診療所・薬局その他の者の名称及び所在地</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">診療調剤又は手当てに従事した医師・薬剤師その他の者の名前</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">結核・精神医療給付金の支給申請をした理由(受給者証で診療が受けられなかった具体的な理由)</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">備考</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="6">上記のとおり当該医療につき算定した費用の額に関する証拠書類を添えて申請します。
年　月　日

世帯主　住所
氏名　　㊞
(あて先) 日野市長</td></tr>
</table>

審査決定額	円	保険者負担	円
公費負担	円	差引支給額	円