様式第１４号

自立支援医療（育成医療）交付台帳兼支給台帳

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | 市町村名 | 藤　　里　　町 |  |
| 受診者 | ふりがな |  | 男・女 | 生年月日 | 昭和平成令和 | 年月日 | 申請者 | ふりがな |  | 続柄 |  | 職業 |  |
| 氏名 |  | 氏名 |  |
| 病名 |  | 発病年月日 | 昭和平成令和 | 年月日 | 生年月日 |  | 年月日 | 住所 |  |
| 被保険者証の記号・番号 |  | 保険者の名称 |  | 指定自立支援医療機関 | 病院・診療所 | 名称・所在地 |  |
| 薬局 | 名称・所在地 |  |
| 申請年月日 | 交付年月日 | 受給者証有効期間 | 入院 | 通院 | 通算日数 | 自己上限額 | 重度かつ継続 | 備 考 |
| 始期 | 終期 |
| ．　．  | ．　．  | ．　．  | ．　．  | 日 | 回 　日間 | 日 |  | 該当 ・ 非該当 |  |
| ．　．  | ．　．  | ．　．  | ．　．  | 日 | 回 　日間 | 日 |  | 該当 ・ 非該当 |  |
| 診療月 | 支払月 | 医療費 | 　　その他　 | 合計 |
| 診療日数 | 医療費① | 保険負担額② | 患者負担額③ | 県負担額④ | 治療用装具費⑤ | 看護料及び移送費⑥ | 医療費総額 | 患者負担額 | 県負担額 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |