様式第6号の1（第8条関係）

（表面）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 領収書  （特別医療費） | | | | | | |
| 療養者名 | | | | 診療月 | 年　　　月分 | |
| 医療（療養）負担額  円ア | | 保健医療　　　点  対象総点数 | | | | 内訳外来　　　点  入院 |
| 通院回数　　　　　　　　　　　回 | | | 入院日数　　　　　　　　　　日 | | | |
| 薬剤一部負担額 | 円　イ | | | | | |
| 食事標準負担額 | 日　　　　　　　　　　　　　円　ウ | | | | | |
| 領収金額計 | 一金　　　　　　　　　　　円　ア＋イ＋ウ | | | | | |
| これは、保険医療で認められた医療費の本人一部負担である。  　　　　　年　　月　　日  医療機関の所在地及び名称  開設者氏名　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　殿 | | | | | | |

注①　この領収書は、特別医療費申請者の添付書類です。

②　保険医療で認められていないベッドの差額料金等は含まれませんのでご留意ください。

③　収入印紙は不要です。

（裏面）

償還払の手続き

●申請するところ

町役場　特別医療担当係

●持参するもの

1　この領収書

2　印鑑及び医療保険の保険証

3　特別医療費受給資格証（交付を受けておられない方は必要ありません）

4　支給額証明書（家族療養費附加給付金が支給される方のみ。ただし、地方職員共済組合鳥取県支部、公立学校共済組合鳥取支部、鳥取県市町村職員共済組合及び警察共済組合鳥取県支部に所属される組合員の被扶養者の方は必要ありません）