

(医療手帳・水俣病被害者手帳)  
別記第6号様式(第15条関係)

# 療養費支給申請書

年 月分

療養費申請額		(記入不要) 決定額	
--------	--	---------------	--

療養費の支給を受けたいので、次の証明書を添えて申請します。

年 月 日

申請者 { 住所(〒 )  
氏名  
電話番号  
生年月日 年 月 日

鹿児島県知事 殿

手帳区分 ○をつける	1 医療手帳	2 水俣病被害者手帳
---------------	-----------	---------------

手帳番号	
------	--

# 医療給付証明書

年 月分

患者名 氏名			住所		
生年月日	年 月 日				
傷病名	(1)	保険 の 種別  他制度 適用状況	(本人・被扶養者)	診療	入院 日
	(2)			実日数	外来 日
	(3)				
療養に 要した 費用	総療養費(レセプト請求点数×10円)		円		
	保険診療に係る 自己負担金額(合計)		円		
	内 訳	療養費	円		
		入院時食事療養費	円		
入院時生活療養費		円			

上記のとおり、医療の給付を行ったことを証明する。

年 月 日

医療機関コード									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

医療機関 { 所在地(〒 )  
名称  
電話番号  
開設者氏名

(注)裏面の「記入上の注意」に基づき、記入してください。



## ◎記入上の注意

### 【申請書】について

- 1 「療養費申請額」欄は、医療機関で負担された保険診療に係る自己負担金額についてのみ記入してください。  
(保険診療外の費用については、(医療手帳・水俣病被害者手帳)の対象となりません。)
- 2 高額療養費支給制度により、保険者から払い戻される金銭については、保険者あて請求してください。  
(自己負担限度額の範囲で支給します。)

### 【証明書】について

- 1 「保険の種別」欄は、具体的な名称を記入してください。  
(例) 国保、退職者国保(被扶養者)、中央建設国保(本人)等。  
なお、生活保護受給中の場合はその旨ご記入ください。
- 2 「療養に要した費用」欄については、保険診療に係る自己負担金額で、他制度適用後の自己負担金額について、記入してください。  
※他制度…生活保護法、障害者自立支援法、特定疾患治療研究事業等
- 3 保険診療外の自己負担金額については、対象となりません。
- 4 医療機関で発行された領収書で、保険適用・適用外の自己負担金額が確認できる場合に限って、証明の必要はありません。  
(領収書添付で可)

お問い合わせ先  
〒890-8577 鹿児島市鴨池新町10番1号  
鹿児島県庁 環境林務部 環境林務課  
(代表) 099-286-2111 内線(2585, 2584)  
(直通) 099-286-2584